

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

LES MANIFESTATIONS COMPORTEMENTALES DU PERFECTIONNISME ET
DE L'IMPULSIVITÉ CHEZ DES ADULTES ATTEINTS DU SYNDROME DE
GILLES DE LA TOURETTE

ESSAI
PRÉSENTÉ
COMME EXIGENCE PARTIELLE
DU DOCTORAT EN PSYCHOLOGIE

PAR
ANICK LAVERDURE

FÉVRIER 2015

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de cet essai doctoral se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»

REMERCIEMENTS

La réalisation de cet essai n'aurait pu se concrétiser sans la collaboration de nombreuses personnes qui m'ont apporté un soutien inestimable. Je tiens d'abord à remercier mon directeur d'essai, M. Kieron O'Connor, pour sa très grande disponibilité et son dévouement. Ses précieux conseils, ses encouragements et son encadrement m'ont permis de continuer à persévérer et ainsi voir l'aboutissement de ce projet.

Je tiens aussi à remercier mes collègues et amis Monique, Julie, Nancy, Dominique et Mathieu pour leurs judicieux commentaires tout au long de ma formation.

Je serai toujours reconnaissante envers ma famille qui, de près ou de loin, a su m'aider à conserver ma motivation. Merci pour votre soutien et votre amour inconditionnels.

TABLE DES MATIÈRES

LISTE DES FIGURES.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES ABRÉVIATIONS, DES SIGLES ET DES ACRONYMES	vii
RÉSUMÉ	viii
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I	
CONTEXTE THÉORIQUE.....	4
1.1 Critères diagnostiques du syndrome de Gilles de la Tourette	4
1.2 Évolution développementale du syndrome de Gilles de la Tourette	5
1.3 Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité.....	6
1.4 Impulsivité	8
1.5 Perfectionnisme	10
1.6 Suractivité.....	14
1.7 Objectif et hypothèses de recherche	17
CHAPITRE II	
MÉTHODE	18
2.1 Participants	18
2.2 Recrutement des participants.....	19
2.3 Instruments de mesures	21
2.3.1 Les symptômes du syndrome de Gilles de la Tourette	21
2.3.2 Le perfectionnisme	22
2.3.3 L'impulsivité.....	22
2.3.4 Le style de planification de l'action.....	23
2.3.5 Bande vidéo	23
2.4 Pré-expérimentation de la grille d'analyse	25
CHAPITRE III	
RÉSULTATS	29

3.1	Mode d'analyse des données	29
3.2	Hypothèse 1 : relation entre le perfectionnisme comportemental et le perfectionnisme auto-rapporté	33
3.3	Hypothèse 2 : relation entre l'impulsivité comportementale et l'impulsivité auto-rapportée	34
3.4	Objectif principal : examiner la validité convergente de la grille d'observation comportementale.....	34
CHAPITRE IV		
DISCUSSION		36
4.1	Synthèse des résultats.....	36
4.2	Considérations méthodologiques	38
4.3	Pistes de recherches futures.....	40
4.4	Considérations pratiques et cliniques	40
4.5	Diffusion des résultats	41
4.6	Conclusion.....	41
RÉFÉRENCES.....		43
APPENDICE A		
APPROBATION ÉTHIQUE		50
APPENDICE B		
FORMULAIRE DE CONSENTEMENT		52
APPENDICE C		
QUESTIONNAIRE ÉCHELLE DE PERFECTIONNISME		
MULTIDIMENSIONNEL		59
APPENDICE D		
QUESTIONNAIRE ÉCHELLE D'IMPULSIVITÉ DE BARRATT		62
APPENDICE E		
QUESTIONNAIRE DU STYLE DE PLANIFICATION		65
APPENDICE F		
ÉCHELLE GLOBALE DU SYNDROME DE LA TOURETTE.....		69
APPENDICE G		
ÉCHELLE GLOBALE DE SÉVÉRITÉ DES TICS DE YALE.....		71

APPENDICE H	
GRILLE D'OBSERVATION DU PERFECTIONNISME, DE	
L'IMPULSIVITÉ ET DES TICS.....	79

LISTE DES FIGURES

Figure	Page
1.1 Modèle cognitivo-psychophysiologique – Cycle d’auto-renforcement des tics	13
1.2 Modèle conceptuel du style de planification de l’action	16

LISTE DES TABLEAUX

Tableau	Page
1.1 Caractéristiques du perfectionnisme normal et du perfectionnisme pathologique	12
2.1 Données sociodémographiques	20
2.2 Exemples de situations à risque faible et à risque élevé d'émettre des tics	25
2.3 Exemple de grille d'observation	27
3.1 Résultats descriptifs.....	30
3.2 Corrélations entre les mesures auto-rapportées.....	32
3.3 Corrélations entre les scores du perfectionnisme de la grille d'observation comportementale et ceux des questionnaires autorapportés.....	33
3.4 Corrélations entre les scores d'impulsivité de la grille d'observation comportementale et ceux des questionnaires autorapportés.....	34
3.5 Corrélations entre les scores des tics de la grille d'observation comportementale et ceux des entrevues semi-structurées	35

LISTE DES ABBRÉVIATIONS, SIGLES ET DES ACRONYMES

APA	American Psychiatric Association
CRFS	Centre de recherche Fernand-Seguin
DSM-IV-TR	Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders – traduit et révisé
ÉIB	Échelle d'impulsivité de Barratt
ÉPM	Échelle de perfectionnisme multidimensionnel
SGT	Syndrome de Gilles de la Tourette
QSP	Questionnaire du style de planification
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
TOC	Trouble obsessionnel-compulsif
ÉGST	Échelle globale du syndrome de la Tourette
ÉGSTY	Échelle globale de sévérité des tics de Yale

RÉSUMÉ

Plusieurs études ont rapporté la présence de troubles concomitants dans le cas du syndrome de Gilles de la Tourette (SGT), le plus fréquent étant le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH). Chez les adultes atteints du SGT, O'Connor et ses collaborateurs (2001) ont observé la présence de suractivité, qu'ils définissent entre autres comme une tendance à relaxer difficilement, à ne pas planifier adéquatement ses loisirs, à parler et à prendre des décisions plus rapidement que la moyenne des gens. Les symptômes de l'hyperactivité et de la suractivité sont similaires, toutefois l'hyperactivité est associée à l'impulsivité et / ou à l'inattention alors que la suractivité est liée au perfectionnisme. L'étude dont il est ici question vise à distinguer l'influence de l'impulsivité et du perfectionnisme chez des adultes atteints du SGT en comparant des éléments cognitifs auto-rapportés à des observations comportementales obtenues par l'entremise de bandes vidéos.

Une grille d'observation comportementale du perfectionnisme et de l'impulsivité a été élaborée dans le cadre de cette étude. La participation d'un comité d'experts et une pré-expérimentation de la grille ont permis de s'assurer que l'étude pourra être répliquée. L'analyse des résultats de 88 bandes vidéos provenant de 22 participants adultes atteints du SGT soutient l'importance du rôle du perfectionnisme dans un syndrome dont les manifestations les plus évidentes sont les tics. Les résultats de cette étude montrent la pertinence de cibler les composantes perfectionnistes du SGT dans la compréhension et le traitement cognitif et comportemental des personnes atteintes.

Enfin, ces résultats suggèrent que d'autres études, explorant et mesurant les cognitions perfectionnistes des personnes atteintes du SGT, seraient souhaitables pour parvenir à développer des traitements des plus efficaces.

Quatre chapitres suivent l'introduction de cette étude. Dans le contexte théorique, la définition de la problématique et la présentation des différents enjeux qui y sont associés sont effectuées. Au second chapitre, les aspects méthodologiques de l'étude sont exposés. S'ensuivent la description des résultats et la discussion, où les résultats obtenus sont interprétés. Une brève conclusion et les considérations dont il est pertinent de tenir compte au niveau clinique puis pour les futurs travaux sont finalement présentées au lecteur.

INTRODUCTION

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) est un trouble neuropsychiatrique caractérisé par la présence de désinhibition et d'un dérèglement des fonctions motrices, cognitives, affectives et comportementales (Coffey et Park, 1997). Bien que seules les manifestations d'au moins un tic sonore et de plusieurs tics moteurs (American Psychiatric Association, 2004) soient nécessaires pour obtenir un diagnostic de SGT, on estime qu'environ 50 % des personnes atteintes ont des symptômes comportementaux et émotionnels permettant de poser un diagnostic concomitant (Budman et Feirman, 2001). Cela a pour effet d'alourdir le traitement et d'assombrir le pronostic. Les chercheurs évaluent actuellement la prévalence du SGT à un individu sur 200 (Freeman *et al.*, 2000; Budman et Feirman, 2001; Woods et Miltenberger, 2006; Woods, Piacentini et Walkup, 2007), ce qui représente plus de 39 000 personnes au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2010). Bien qu'il ne mette pas la vie des gens atteints en danger, le SGT cause généralement une détresse psychosociale importante, particulièrement en ce qui a trait à l'anxiété sociale, l'image de soi, l'estime de soi et aux difficultés relationnelles. Ce syndrome interfère avec la vie quotidienne et les problèmes rencontrés le plus fréquemment chez les adultes atteints sont la perte d'emploi, les conflits conjugaux et la difficulté à remplir des rôles sociaux (O'Connor et Leclerc, 2005).

La caractéristique qui semble relier les effets négatifs du syndrome est leur nature impulsive. En effet, les gens ayant un diagnostic de SGT sont souvent qualifiés d'intenses, de passionnés et qui se fâchent facilement (Coffey et Park, 1997; Leclerc, Forget et O'Connor, 2008). Cela s'observe également dans les troubles les plus souvent associés au SGT, comme le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), ou encore dans les épisodes explosifs, qui sont des crises de

colère démesurées par rapport à l'élément déclencheur durant lesquelles la personne peut devenir violente (Budman et Feirman, 2001; Leclerc *et al.*, 2008; Leclerc, 2010).

Bien que la tendance impulsive des personnes atteintes du SGT soit généralement acceptée par la communauté scientifique (Coffey et Park, 1997; Woods et Miltenberger, 2001; Woods *et al.*, 2007), O'Connor et ses collaborateurs (2001) se sont intéressés à leurs caractéristiques perfectionnistes. Ainsi, ils ont observé chez ces personnes la présence de suractivité, qu'ils définissent comme un style de planification de l'action. Concrètement, ce style de planification se traduit par une tendance à vouloir tout faire à la fois, à relaxer difficilement, à commencer une action avant d'en avoir terminé une autre, ainsi qu'à parler et à prendre des décisions plus rapidement que la moyenne (O'Connor *et al.*, 2001). Ces symptômes sont similaires à ceux de l'hyperactivité. Toutefois, la suractivité est reliée à des croyances perfectionnistes qui se traduisent, entre autres, par l'impression que davantage de choses devraient être accomplies. Alors que l'hyperactivité est associée à l'impulsivité, la suractivité, quant à elle, est motivée par des attentes perfectionnistes liées à l'organisation et à des standards personnels élevés (O'Connor et Laverdure, 2007; Laverdure, 2009; Laverdure, O'Connor et Lavoie, 2013).

Afin d'approfondir ces connaissances et d'examiner le lien entre la suractivité et les symptômes du SGT, une étude sur les comportements perfectionnistes et impulsifs a été effectuée. L'objectif principal de cette recherche est d'établir la validité convergente d'une grille d'observation comportementale du perfectionnisme et de l'impulsivité. Cela permettra de mieux cerner l'influence de la suractivité, du perfectionnisme et de l'impulsivité et la façon dont ils se présentent dans le SGT en combinant des mesures auto-rapportées et l'analyse de bandes vidéos. Ultimement, cette étude permettra de préciser la pertinence de cibler les composantes perfectionnistes du SGT dans le traitement cognitif et comportemental des personnes atteintes.

Le chapitre suivant présentera d'abord les aspects diagnostiques du SGT. Suivra une définition de différentes conditions associées à ce syndrome, dont l'impulsivité et le perfectionnisme, incluant la présentation des modèles conceptuels cognitivo-physiopsychologique et de la suractivité dans le contexte du SGT. La conclusion du chapitre présentera l'objectif principal et les hypothèses de ce projet de recherche.

CHAPITRE I

CONTEXTE THÉORIQUE

1.1 Critères diagnostiques du syndrome de Gilles de la Tourette

Le syndrome de Gilles de la Tourette (SGT) est un trouble tic qui se caractérise par la présence simultanée ou différée d'au moins un tic sonore et de plusieurs tics moteurs sans interruption de plus de 3 mois consécutifs (APA, 2004). Un tic est ici défini comme étant un mouvement, ou une vocalisation, involontaire, soudain, rapide, récurrent, non rythmique et stéréotypé. Faisant partie des troubles tics, le SGT est considéré comme l'expression la plus sévère de ces troubles, allant du trouble tic transitoire (un ou plusieurs tics moteurs ou sonores présents pendant plus de 4 semaines mais moins de 12 mois), du trouble tic chronique (un tic moteur ou un tic sonore présent pendant 12 mois et plus) au SGT, en passant par le trouble tic non spécifié (catégorie résiduelle). Le SGT, qui doit être diagnostiqué avant l'âge de 18 ans, serait plus fréquent chez les garçons que chez les filles (entre 1,5:1 et 3:1, selon les études : APA, 2004; Woods et Miltenberger, 2006; Woods *et al.*, 2007; Hassan et Cavanna, 2012; Knight *et al.*, 2012; Kraft *et al.*, 2012; Martino *et al.*, 2012; Robertson, 2012) et toucherait de 5 à 30 personnes sur 10 000 (APA, 2004). Depuis la sortie du plus récent Manuel diagnostique des troubles mentaux (DSM-IV-TR; APA, 2004), la prévalence du SGT a été révisée à un individu sur 200 par plusieurs groupes de recherche (Freeman *et al.*, 2000; Budman et Feirman, 2001; Woods et Miltenberger, 2006; Woods *et al.*, 2007). Ainsi, plus de 39 000 personnes seraient atteintes du SGT au Québec (Institut de la statistique du Québec, 2010). À ce jour, il n'y a pas de consensus sur l'explication de la prévalence accrue du SGT chez les

garçons. Selon certains chercheurs, une personne atteinte du SGT a une probabilité de 50 % d'en transmettre les gènes à ses enfants. Parmi les enfants qui héritent de ces gènes, les filles développent le SGT dans 70 % des cas alors que les garçons le développent dans 99 % des cas (Leckman et Cohen, 1999; Paschou *et al.*, 2004). Par ailleurs, les filles atteintes du SGT présenteraient des symptômes plus sévères que les garçons (Leckman et Cohen, 1999; Paschou *et al.*, 2004). La source de cette vulnérabilité génétique demeure cependant inconnue.

De plus, le SGT est caractérisé par la présence de désinhibition et d'un dérèglement des fonctions motrices, cognitives, affectives et comportementales (Coffey et Park, 1997). En effet, jusqu'à 50 % des personnes atteintes du SGT ont des symptômes comportementaux et émotionnels qui permettent de poser un diagnostic concomitant (Coffey et Park, 1997; Budman et Feirman, 2001). Dans la plupart des cas, les manifestations extériorisées de ces autres troubles occasionnent davantage de problèmes que les tics et sont souvent à l'origine des premières demandes de consultation (Freeman *et al.*, 2000; Debes, Hjalgrim et Skov, 2010). Les principaux troubles associés au SGT sont, en ordre d'importance, le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH) – entre 21 % et 90 % selon les études et l'âge de l'échantillon, le trouble obsessionnel-compulsif (TOC) – entre 50 % et 60 %, les troubles anxieux et de l'humeur – entre 10 % et 28 %, les troubles du comportement – entre 8 % et 70 %, et les troubles d'apprentissage – entre 30 % et 60 % (Budman et Feirman, 2001; Kurlan *et al.*, 2002; Leclerc *et al.*, 2008).

1.2 Évolution développementale du syndrome de Gilles de la Tourette

Les manifestations du SGT peuvent être identifiées de façon précoce (à environ 2 ans), mais le diagnostic est habituellement posé vers l'âge de 7 ans (Freeman *et al.*, 2000). Les premiers symptômes surviennent généralement dans la partie supérieure du corps et, dans certains cas, se développent ensuite dans les membres inférieurs. Ainsi, 85 % des enfants et des adolescents atteints du SGT manifestent d'abord un

clignement rapide des yeux (APA, 2004). Dans la plupart des cas, les tics moteurs apparaissent avant les tics sonores et les tics complexes se développent plus tard, en moyenne vers l'âge de 12 ans (Robertson, 2000). Les symptômes semblent s'aggraver à l'adolescence (entre 10 et 16 ans) et tendent à s'améliorer ou à demeurer stables jusqu'à l'âge adulte (Leckman *et al.*, 1998 ; Coffey *et al.*, 2000).

Selon Peterson et Cohen (1998), près du tiers des adultes ayant le SGT disent n'avoir pratiquement plus de tics lors d'un suivi à long terme. Toutefois, la rémission des adultes ayant le SGT peut être biaisée par l'habituation ainsi que par les stratégies de camouflage et d'inhibition qu'ils exercent. Les résultats à l'étude de Pappert et ses collaborateurs (2003) montrent que 90 % des adultes présentent toujours des tics, selon une mesure quantitative à l'aide de comptage vidéo, bien que leur intensité soit diminuée. Par ailleurs, puisque l'intensité des symptômes et la présence de troubles associés semblent également avoir un impact sur le pronostic, d'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre l'évolution du SGT et les fondements d'une rémission partielle des symptômes.

1.3 Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Bien que cette classification soit appelée à changer avec la sortie du prochain DSM, on documente actuellement trois sous-types de TDAH selon la catégorie de symptômes prépondérants : inattention, hyperactivité / impulsivité et mixte (APA, 2004). Le TDAH se traduit plus concrètement par un manque d'attention, une incapacité à se concentrer, de l'instabilité émotionnelle, de l'impulsivité, une difficulté à obéir à quelqu'un et des signes neurologiques mineurs comme des difficultés au niveau de la coordination motrice fine. Le diagnostic de TDAH se pose souvent au début de l'âge scolaire, mais il n'est pas rare que les symptômes surviennent dès la petite enfance. Selon l'APA (2004), le taux de prévalence se situe entre 3 % et 7 % chez les enfants d'âge scolaire et, tout comme c'est le cas avec le SGT, le TDAH est beaucoup plus fréquent chez les garçons que chez les filles (entre

4:1 et 9:1, selon les études). De plus, plusieurs équipes de chercheurs ont montré la présence d'un trouble tic en concomitance dans 30 % à 40 % des cas (Braswell et Bloomquist, 1991; Rizzo *et al.*, 2012).

Plusieurs avancent l'hypothèse que le TDAH et le SGT partagent une origine neurobiologique : une atteinte des fonctions frontales-subcorticales apparaît similaire, de même que le déséquilibre biochimique de deux neurotransmetteurs, soit la dopamine et la sérotonine (Walkup *et al.*, 1999; Robertson, 2000). D'autres chercheurs estiment que les deux troubles sont liés génétiquement et suggèrent l'existence d'un spectre des troubles impulsifs (Comings, 1990; Knell et Comings, 1993). Enfin, certains proposent un continuum diagnostique où les personnes ayant le SGT présentent les symptômes du TDAH, mais sous le seuil clinique (Spencer *et al.*, 1998).

Les mécanismes de développement des deux troubles semblent se recouper. En effet, une hausse du taux de dopamine influe généralement sur le manque d'inhibition et sur la composante d'hyperactivité dans le TDAH (Muller-Vahl *et al.*, 2000). Par ailleurs, une baisse de sérotonine peut entraîner des problèmes de régulation de l'humeur, d'agressivité ou des désordres d'impulsivité (Muller-Vahl *et al.*, 2000). Ces dérèglements biochimiques pourraient donc expliquer en partie certains comportements liés au SGT. De plus, les manifestations propres au TDAH précèdent l'apparition des tics chez 40 % à 50 % des enfants atteints du SGT (APA, 2004).

Shapiro et ses collaborateurs (1988) rapportent que la présence du TDAH augmente les risques que les symptômes du SGT soient plus sévères et associés à davantage de troubles concomitants. Plusieurs études évaluant les troubles associés et la sévérité des tics chez les patients ayant le SGT ont rapporté un plus grand nombre de troubles associés chez ceux dont les tics étaient plus sévères (Spencer *et al.*, 1995). Les conséquences de l'hyperactivité et de l'impulsivité sur la vie familiale sont

souvent majeures et, lorsque c'est le cas, il est suggéré que le traitement choisi cible directement les symptômes du TDAH en plus des tics (Coffey et Park, 1997).

Une étude de Pierre et ses collaborateurs (1999) a examiné la relation entre les symptômes intériorisés et extériorisés de deux groupes de garçons, un ayant un diagnostic de TDAH seul et l'autre avec un diagnostic de trouble tic concomitant. Le groupe de garçons ayant à la fois un trouble tic et le TDAH montrait davantage de comportements anxieux et de langage obscène. Dans les deux groupes, les symptômes anxieux et dépressifs étaient associés à un comportement agressif et opposant. La plus grande prévalence de troubles concomitants dans le groupe de garçons ayant un trouble tic et le TDAH suggère que les tics pourraient être un marqueur d'une symptomatologie plus sévère chez les enfants ayant un TDAH. De plus, les résultats de cette étude indiquent que ce ne serait pas la présence de tics en tant que telle, mais plutôt la sévérité du trouble tic qui prédirait la sévérité des symptômes émotionnels et comportementaux (Pierre *et al.*, 1999).

Une étude de Hoekstra et ses collaborateurs (2004) s'est intéressée aux contributions respectives de la sévérité des tics, du TDAH et des obsessions et compulsions dans les difficultés rapportées par les parents de 58 enfants âgés entre 5 et 16 ans ayant le SGT. Cette étude démontre que la sévérité du TDAH semble être le meilleur indicateur des difficultés comportementales et émotionnelles vécues par ces enfants (Hoekstra *et al.*, 2004). Malgré que la sévérité des tics et la sévérité du TDAH ne semblent pas reliées, les études ne permettent pas d'affirmer que l'origine de ces symptômes est indépendante. En effet, tel que mentionné précédemment, ces symptômes pourraient résulter d'une dysfonction du même circuit cérébral (Hoekstra *et al.*, 2004).

1.4 Impulsivité

Des études récentes sur la nature et la phénoménologie des tics dans le SGT ont ébranlé la notion selon laquelle les tics seraient involontaires et impulsifs (Woods et

Miltenberger, 2006; Woods *et al.*, 2007; Steinberg *et al.*, 2010). En effet, la majorité des personnes atteintes du SGT rapportent ressentir une sensation prémonitoire, telle qu'une sensation physique ou mentale, avant de produire leurs tics (Steinberg *et al.*, 2010). De façon plus spécifique, la sensation physique peut être générale ou focalisée dans le muscle où le tic se produit, comme une augmentation de la tension, un picotement ou de la chaleur, et se produit juste avant le déclenchement du tic (Miguel *et al.*, 2000). La sensation mentale, quant à elle, se traduit comme un sentiment d'inconfort général. Elle peut prendre la forme d'un désir pressant (« urge »), d'une peur, d'une augmentation de l'énergie, du sentiment que quelque chose est incomplet, ou encore celle d'une perception de devoir faire le tic de façon « just-right » (Miguel *et al.*, 2000). Le tic est produit en réponse à cette sensation. Ainsi, les travaux de Woods et ses collaborateurs (2007) montrent qu'en identifiant la sensation prémonitoire, il est possible d'y répondre autrement que par le tic, par un mouvement antagoniste par exemple. De plus, la majorité des personnes atteintes du SGT rapportent également pouvoir retenir leurs tics pendant une certaine période de temps (Coffey et Park, 1997). Ceci vient appuyer la notion selon laquelle les tics peuvent se contrôler et ne sont pas uniquement de nature impulsive.

En outre, un faible seuil de tolérance à la frustration caractérise régulièrement les personnes atteintes du SGT (Leclerc *et al.*, 2008). La maîtrise de soi constitue une difficulté chez ces personnes qui se traduit par des réactions impulsives, telles que la colère, la rigidité, la confrontation, l'argumentation, l'opposition et les comportements agressifs (Leclerc *et al.*, 2008). Ainsi, les tics sont presque toujours accompagnés de sentiments de frustration ou d'insatisfaction (O'Connor, 2002). En effet, O'Connor et ses collaborateurs (1994) ont examiné des situations susceptibles de provoquer des tics et ont trouvé que ces situations sont liées à des pensées ou à des événements frustrants. Plus particulièrement, les situations à faible risque d'émettre des tics étaient associées à des perceptions comme se sentir libre ou être soi-même, alors que les situations à risque élevé étaient associées à des sentiments de

contraintes, à des obligations et à l'impression d'être jugé par les autres. Les tics ont donc un profil situationnel d'apparition. En d'autres termes, le tic est plus sujet à apparaître ou à être sévère dans certaines situations ou activités. Malgré la nature personnalisée des situations à risque élevé, l'appréhension de telles situations semble être uniforme. En effet, lorsque placée dans ces situations quelles qu'elles soient, la personne se sent insatisfaite, elle est ennuyée, frustrée et sous pression. Une autre étude d'O'Connor et ses collaborateurs (2003) a confirmé que le déclenchement des tics est associé de façon prédominante à des situations qui génèrent de l'insatisfaction et de la tension. Cette étude confirme que les tics se produisent dans des situations qui présentent un niveau élevé de frustration. Être en retard à un rendez-vous, par exemple, peut ne pas suffire à déclencher des tics, mais ceux-ci apparaissent lorsque ce retard est combiné à un embouteillage dans la circulation et à l'anticipation un entretien stressant avec son patron. En d'autres termes, la tension se crée et s'accumule alors que la personne se sent coincée entre ses tendances impulsives et ses tendances perfectionnistes. Le tic constituerait donc la pointe de l'iceberg d'un niveau de tension générale élevée qu'O'Connor suggère de cibler dans le traitement. D'un point de vue clinique, ce modèle renforce le rôle des facteurs cognitifs et leurs liens avec le déclenchement des tics. De façon plus spécifique, il suggère que la gestion des tics soit accomplie par l'entremise d'interventions cognitives et comportementales visant à prévoir l'accumulation de la tension et la sensation prémonitoire dans les muscles affectés, plutôt que de renverser le tic par l'accomplissement d'un mouvement antagoniste lors de l'apparition de la sensation prémonitoire.

1.5 Perfectionnisme

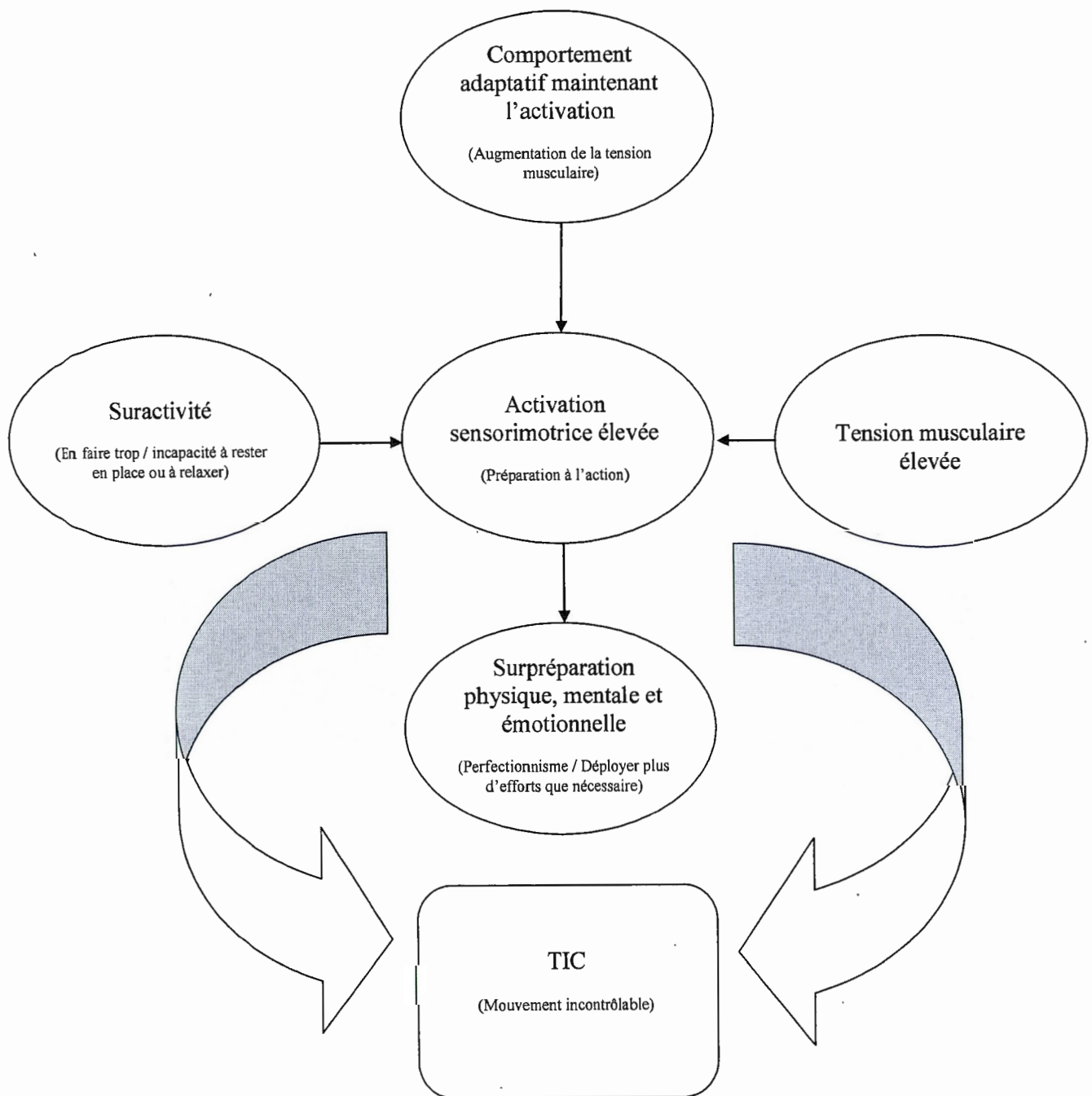
Todorov et Bazinet (1996) ont été parmi les premiers à faire la distinction entre le perfectionnisme dit normal et le perfectionnisme pathologique. Le tableau 1.1 présente un résumé des distinctions apportées par ces psychiatres. Inspiré entre autres par cette théorie, O'Connor (2002) a élaboré un modèle cognitivo-

psychophysiologique des troubles tics (Figure 1.1). Selon ce modèle, les facteurs cognitifs, comme les attentes perfectionnistes, l'hypervigilance sensorielle et de soi, ainsi que les facteurs physiologiques comme l'activation motrice élevée accompagnée d'une tension musculaire élevée jouent un rôle important dans la production des tics. Ainsi, l'évaluation négative des tics par la personne atteinte du SGT ou l'appréhension négative et les stratégies de compensation contre-productives qu'elle a développées comme moyen de supprimer ou de masquer ses tics (p.ex., feindre un rhume, s'étirer, bâiller, porter un foulard, garder les cheveux longs et détachés) pourraient constituer des agents renforçateurs. En effet, cette surpréparation physique et mentale maintient le tic puisqu'il ne contrevient plus de façon aussi flagrante aux standards perfectionnistes de la personne atteinte.

Tableau 1.1 Caractéristiques du perfectionnisme normal et du perfectionnisme pathologique.

Perfectionnisme normal	Perfectionnisme pathologique
Standards d'excellence personnellement ou humainement possibles à atteindre.	Standards d'excellence personnellement ou humainement impossibles à atteindre.
Objectifs ayant une valeur socioculturelle importante.	Objectifs qui conservent une valeur socioculturelle, mais qui présentent des éléments idiosyncratiques marqués.
Sens de la proportion, priorité pour l'essentiel sans négliger l'importance des détails.	Sens de la proportion perturbé, préoccupation excessive pour les détails au détriment de l'essentiel.
Flexibilité des exigences perfectionnistes selon le contexte pour l'importance de l'activité.	Inflexibilité, rigidité de la démarche perfectionniste avec peu ou sans considération pour le contexte, pour l'importance de l'activité.
Autocritique et doute raisonnable qui permettent la détection des erreurs possibles et leur contrôle; acceptation de ses propres imperfections.	Dévaluation sévère de soi aux moindres erreurs vécues comme un échec; doute quasi obsessionnel sur la qualité et la finition de la performance; incapacité d'accepter ses limitations.
Prévalence des émotions et des expériences positives.	Prévalence des émotions et des expériences négatives.
Pensée logique réconciliant les contradictions, ouverte à l'acceptation à la fois de l'absolu et du relatif.	Pensée dichotomique privilégiant les oppositions absolues : tout ou rien, mal ou bien, noir ou blanc.
Les conventions sociales sont intégrées avec la spontanéité et le sens du compromis.	Les conventions sociales sont vécues comme des impératifs contraignants.
Estimation réaliste de la probabilité des événements négatifs dans le but de les prévenir.	Surestimation de la probabilité d'apparition des événements négatifs et de leur pérennité.

Figure 1.1 **Modèle cognitivo-psychophysiologique – Cycle d’auto-renforcement des tics (O’Connor, 2002).**



Dans ses travaux, O'Connor (2002) a constaté que les personnes aux prises avec des troubles tics obtiennent généralement des scores plus élevés de perfectionnisme, tels que mesurés par l'Échelle de perfectionnisme multidimensionnel de Frost, Marten, Lahart et Rosenblate (1990), plus particulièrement au niveau des sous-échelles de standards personnels et de l'organisation. Par contre, elles n'obtiennent pas nécessairement des scores plus élevés sur la mesure globale de perfectionnisme (O'Connor, Gareau, et Borgeat, 1997; O'Connor *et al.*, 2001). Les aspects cognitifs du perfectionnisme se manifestent dans les croyances quant à l'importance d'être efficace, de faire le plus de choses possible, de ne pas perdre de temps ou d'avoir l'air de perdre son temps. Ces croyances perfectionnistes sont accompagnées d'un style de planification de l'action préméditée qui implique une tendance à entreprendre plusieurs choses à la fois, un abandon prématuré des tâches, une réticence à relaxer, à espacer les tâches à entreprendre, à investir plus d'efforts que nécessaire dans l'accomplissement d'une tâche et tenter de prévoir l'imprévisible.

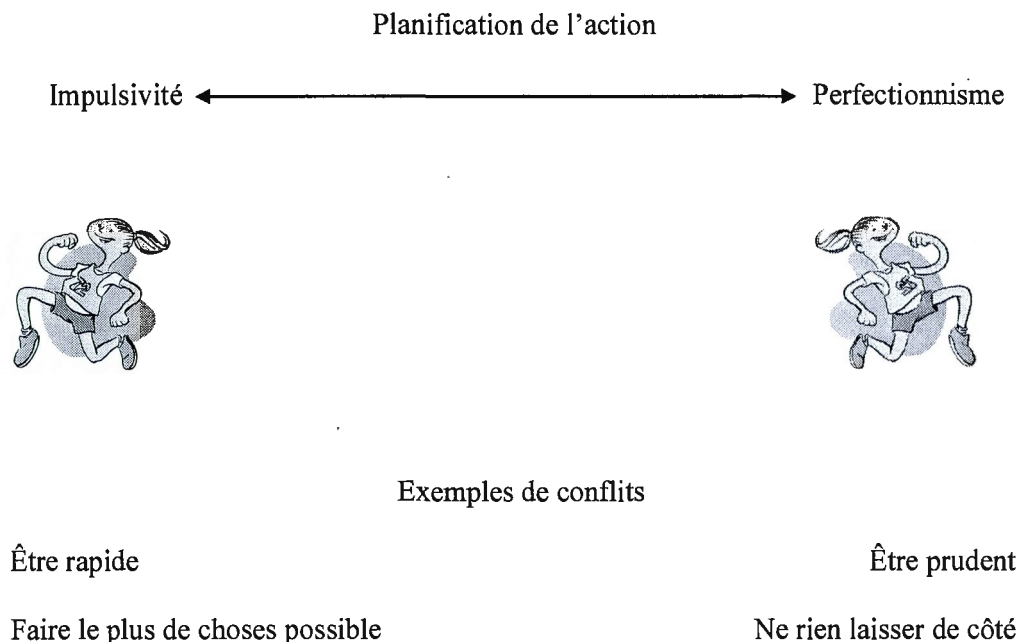
1.6 Suractivité

Le style de planification de l'action que l'on nomme suractivité se manifeste par des comportements issus d'un désir de paraître productif semblables à ceux observés chez les gens ayant des symptômes d'hyperactivité, comme la difficulté à rester en place ou l'entreprise de plusieurs tâches à la fois. La différence majeure entre les deux affections réside dans leurs conceptions sous-jacentes. Tel que mentionné précédemment, l'hyperactivité est associée soit à l'inattention, soit à l'impulsivité ou encore aux deux à la fois (type mixte). La suractivité est quant à elle reliée à un perfectionnisme qui teinte les croyances de la personne atteinte. Ce serait plutôt cette volonté de performer, liée à la pensée que les gens qui ne paraissent pas pressés ou débordés ne performant pas suffisamment qui régirait la suractivité.

Les aspects comportementaux de ce style d'action ont été observés en clinique lorsque les patients ne trouvaient pas le temps de faire les exercices à la maison parce

qu'ils avaient déjà tellement de choses à faire. Il pourrait être intéressant de lier ce type de planification de l'action au TDAH en termes d'impulsivité et de distractibilité. Le terme suractivité est préféré ici puisqu'il enlève toute confusion au sujet d'un lien avec l'hyperactivité et s'appuie sur la description précise des observations comportementales chez l'adulte d'un surinvestissement dans la planification de l'action. Le style de planification de l'action est prémédité et dirigé vers un objectif qui répond aux attentes perfectionnistes (Figure 1.2). Même si le style de planification de l'action peut être idiosyncratique et spécifique à certaines situations, les attentes perfectionnistes sont uniformes, stables et représentent une croyance persistante selon laquelle le style suractif est la façon la plus efficace d'agir. La personne atteinte d'un trouble tic peut rapporter des croyances dichotomiques comme « Soit je fais tout en même temps ou je suis paresseux. ». Elle peut aussi avoir des règles et des appréhensions qui justifient un style suractif, comme « Ne pas se sentir suffisamment bien n'est pas une excuse valable pour annuler un rendez-vous ou ne pas faire une tâche. », « Les gens ne toléreront pas que je sois un peu en retard. » ou encore « Je pourrais être inadéquat si je n'agis pas aussi vite que possible. Les gens sauront que je ne peux réaliser ces tâches. » Les tics sont issus d'une surcontraction des muscles, que l'on peut désigner comme une surpréparation à l'action. L'accumulation de tension fait que la personne aux prises avec des tics se retrouve entre deux pôles, soit l'action et l'inhibition de l'action.

Figure 1.2 Modèle conceptuel du style de planification de l'action.



Malgré des études psychométriques, le lien entre le comportement et la suractivité n'a pas encore été établi clairement. En effet, dans une étude menée auprès de préadolescents, âgés entre 9 et 12 ans atteints du SGT, Laverdure et ses collaborateurs (Laverdure, 2009; Laverdure et al., 2013) ont pu constater le lien entre la suractivité et le perfectionnisme, mais pas avec l'impulsivité. O'Connor et ses collaborateurs (2012) sont arrivés au même constat chez une population d'adultes atteints du SGT. Dans les deux études, le lien avec la suractivité semblait significatif seulement avec les mesures cognitives auto-rapportées. Ainsi, le lien avec l'impulsivité, concept considéré davantage comme comportemental que cognitif, et la sévérité des tics reste à préciser. Pour cette raison, il a été choisi de s'intéresser à la validité convergente d'une grille d'observation comportementale du perfectionnisme, de l'impulsivité et des tics. La validité divergente ou discriminante pourra être vérifiée dans un travail ultérieur.

1.7 Objectif et hypothèses de recherche

L'objectif principal de ce projet de recherche vise à examiner la validité convergente d'une grille d'observation comportementale, c'est-à-dire la relation entre cette grille et les mesures auto-rapportées de perfectionnisme, du style de planification de l'action (suractivité), d'impulsivité et l'évaluation des tics.

Deux hypothèses seront également vérifiées :

1. Il y aura une relation entre les scores de perfectionnisme comportemental (obtenus par les bandes vidéos) et ceux du perfectionnisme et du style de planification de l'action auto-rapportés (obtenus par questionnaires – Échelle de perfectionnisme multidimensionnel [Frost *et al.*, 1990], Questionnaire du style de planification [O'Connor dans O'Connor *et al.*, 2001 ; O'Connor *et al.*, soumis]) ;
2. Il y aura une relation entre les scores d'impulsivité comportementale (obtenus par les bandes vidéos) et ceux auto-rapportés (obtenus par questionnaire – Échelle d'impulsivité de Barratt [Patton, Stanford et Barratt, 1995]).

CHAPITRE II

MÉTHODE

Ce chapitre présente la description des participants et la procédure de recrutement de ces derniers. Seront également décrits les instruments utilisés et la grille d'observation originale développée pour cette étude, ainsi que la méthode de pré-expérimentation.

2.1 Participants

Un échantillon de convenance de vingt-deux (22) participants adultes ayant le SGT a été extrait de la banque de participants recrutés au Centre d'étude sur le TOC et les tics du Centre de recherche Fernand-Seguin (CRFS).

Les critères d'inclusion / exclusion des études menées au CRFS sont les suivants : (i) diagnostic principal de SGT; (ii) âge entre 18 et 65 ans; (iii) aucune évidence de retard mental; (iv) aucune évidence d'abus de substances; (v) aucun historique ou évidence de schizophrénie, de trouble bipolaire, de trouble de la personnalité ou d'un trouble mental dû à une affection médicale générale; et (vi) aucun historique de trouble neurologique (p.ex. maladie de Parkinson, spasmes hémifaciaux, syndrome de Meige, sclérose, chorée de Huntington, maladie de Wilson). Ces critères d'inclusion / exclusion ont été vérifiés par l'entremise d'un processus d'évaluation en entonnoir comportant une évaluation téléphonique par un assistant de recherche, un examen psychiatrique effectué par un psychiatre associé à l'équipe de recherche ou encore tout rapport de consultation psychiatrique effectuée dans les 12 derniers mois, puis une entrevue semi-structurée d'évaluation avec un psychologue où l'Entrevue

structurée des troubles du DSM (SCID-I version française) a été utilisée. Avoir complété les mesures d'intérêt de ce projet de recherche a constitué un critère d'inclusion supplémentaire. Étant donné que certains instruments de mesure sont administrés depuis moins longtemps que d'autres, selon la spécificité des projets de recherche en cours au CRFS, l'échantillon ainsi extrait est passé d'environ 110 participants à une cinquantaine. Les bandes vidéos des participants constituent une mesure primordiale pour l'étude décrite ici et certaines bandes sur VHS étaient abîmées. Leur transfert sur un disque dur externe n'a pas pu être possible, ce qui a fait descendre la taille de l'échantillon à 22 participants.

2.2 Recrutement des participants

Des adultes ayant le SGT ont été recrutés entre 2008 et 2010 par voie d'annonces dans les médias locaux (radio, télévision et journaux) et une annonce a également été placée sur le site web du CRFS. Un échantillon de convenance de 22 personnes a été extrait de la banque de données de l'ensemble des participants selon les procédures décrites dans la section précédente. Les données descriptives de l'échantillon sont présentées au tableau 2.1.

Tableau 2.1 Données sociodémographiques.

	Fréquence (%)	Moyenne	Écart-type
Sexe			
<i>féminin</i>	7 (31,8)	-	-
<i>masculin</i>	15 (68,2)		
Âge	-	40,6	13,4
Âge à l'apparition des tics	-	14,6	10,0
Scolarité			
<i>secondaire</i>	4 (18,2)		
<i>collégiale</i>	6 (27,3)	-	-
<i>universitaire</i>	12 (54,5)		
Occupation			
<i>sans emploi</i>	1 (4,5)		
<i>emploi à temps partiel</i>	2 (9,1)		
<i>emploi à temps plein</i>	14 (63,7)	-	-
<i>aux études</i>	2 (9,1)		
<i>retraité</i>	3 (13,6)		
Statut civil			
<i>célibataire</i>	6 (27,3)		
<i>marié ou conjoint de fait</i>	13 (59,1)	-	-
<i>divorcé ou veuf</i>	3 (13,6)		

Bien que l'ensemble des participants ait un diagnostic principal de SGT, neuf d'entre eux ont également un diagnostic secondaire, dont de trouble obsessionnel-compulsif (2), de trouble anxieux autre que le TOC (6) ou TDAH (1), et une dizaine présentent des symptômes sous-cliniques (anxiété : 8, humeur dépressive : 1, difficultés de concentration : 1). Il est intéressant de noter que deux participants ont également un troisième diagnostic, soit un second trouble anxieux. Seuls quatre participants (18,2 %) prennent de la médication et, dans tous les cas, il s'agit d'antidépresseurs. En ce qui concerne la symptomatologie du SGT, il est possible de la qualifier de légère étant donné les résultats qu'obtiennent les participants à l'Échelle globale de sévérité des tics de Yale (Leckman *et al.*, 1989) et à l'Échelle globale du syndrome de la Tourette (Harcherik *et al.*, 1984). Ces résultats sont présentés dans le chapitre suivant.

2.3 Instruments de mesures

Les participants ont été évalués à l'aide d'entrevues semi-structurées et de questionnaires. Dans tous les cas, une évaluation psychologique de deux heures par un évaluateur clinique (un doctorant en psychologie ayant plusieurs années d'expérience) a permis de confirmer le diagnostic de SGT précédemment émis par un médecin.

2.3.1 Les symptômes du syndrome de Gilles de la Tourette

Lors de cette évaluation, l'Échelle globale du syndrome de la Tourette (ÉGST; Harcherik *et al.*, 1984) et l'Échelle globale de sévérité des tics de Yale (ÉGSTY; Leckman *et al.*, 1989), deux entrevues semi-structurées, ont été utilisées. Ces deux instruments n'ont pas été validés en français. Les informations rapportées dans cette section concernent la version originale anglophone. L'ÉGST est une mesure d'évaluation multidimensionnelle de la symptomatologie du SGT administrée par un évaluateur. Il mesure les symptômes du SGT selon deux catégories, soit la fréquence et l'intensité des tics (moteurs et sonores) ainsi que l'altération du fonctionnement. La version anglophone de l'instrument possède de bonnes propriétés psychométriques avec des coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.89$), de fidélité test-retest (entre $r = 0.46$ et $r = 0.99$) et d'accord inter-juges ($r = 0.65$ et $r = 0.85$) satisfaisants. Quant à l'ÉGSTY, il constitue la principale mesure d'évaluation clinique dans près de la moitié des études publiées sur le SGT ($n = 45$) (O'Connor, 2005, tableau 6.1) et sa version anglophone possède de bonnes propriétés psychométriques avec des coefficients de cohérence interne ($\alpha = 0.89$), de fidélité test-retest (entre $r = 0.86$ et $r = 0.91$) et d'accord inter-juges ($r = 0.52$ et $r = 0.99$) satisfaisants. Cet instrument classifie les manifestations du syndrome en cinq dimensions (nombre, fréquence, intensité, complexité, interférence), selon une échelle en six points (aucun – sévère). Conceptuellement, les dimensions de fréquence et de complexité ont été extraites de l'ÉGST alors que l'échelle d'altération du fonctionnement de l'ÉGST a été divisée en

deux dans l'ÉGSTY, selon l'intensité (force ou volume) et l'interférence (interruption d'une action ou d'une conversation) des symptômes. De plus, cet instrument permet de comparer les symptômes de la personne atteinte à ceux qu'elle éprouvait au moment où elle jugeait ses symptômes comment étant les plus sévères.

2.3.2 Le perfectionnisme

L'Échelle de perfectionnisme multidimensionnel (ÉPM; Frost *et al.*, 1990) est un questionnaire auto-administré comportant 35 items répartis à travers six dimensions, soit la préoccupation par rapport aux erreurs : réactions négatives face aux erreurs et interprétation d'une erreur comme un échec ; les standards personnels : entretenir des standards élevés sur lesquels est basée l'évaluation de soi ; les attentes parentales : croire que ses parents ont établi des objectifs très élevés par rapport à soi ; les critiques parentales : reproches adressés par les parents lorsque les objectifs ne sont pas atteints ; le doute à propos des actions : doute que les tâches ne soient pas complétées de manière satisfaisante ; et l'organisation : importance et préférence pour l'ordre. Cet instrument, validé en français, possède un coefficient de cohérence interne satisfaisant (entre $\alpha = 0.73$ et $\alpha = 0.91$) et les résultats concernant la fidélité test-retest (entre $\alpha = 0.75$ et $\alpha = 0.88$) sont comparables à ceux obtenus avec d'autres instruments semblables (Bouvard, 2009).

2.3.3 L'impulsivité

L'Échelle d'impulsivité de Barratt-10 (ÉIB; Patton *et al.*, 1995) est un questionnaire auto-administré de 34 items qui permet de mesurer l'impulsivité selon trois dimensions : 1- l'impulsivité motrice : l'action sans la pensée; 2- l'impulsivité attentionnelle : décision cognitive rapide; et 3- la non planification : absence d'anticipation et d'orientation dans le futur. Cet instrument, validé en français, possède un coefficient de cohérence interne satisfaisant (entre $\alpha = 0.79$ et $\alpha = 0.83$), tout comme la validité convergente (entre $r = 0.35$ et $r = 0.73$) et la validité discriminante (entre $r = 0.02$ et $r = 0.66$).

2.3.4 Le style de planification de l'action

Le Questionnaire du style de planification (QSP; O'Connor dans O'Connor *et al.*, 2001 ; O'Connor *et al.*, soumis) est un questionnaire auto-administré de 14 items qui permet de mesurer le style de planification de l'action. Cet instrument a été créé afin de rendre compte des aspects comportementaux et cognitifs inclus dans la planification quotidienne de l'action (routine, tâches complexes, anticipation d'une situation, etc.). Il comporte trois échelles : 1- la suractivité : activité continue, difficulté à ne rien faire ou à faire une chose à la fois; 2- la surpréparation : fournir plus d'efforts que nécessaire et tenter de prévoir l'imprévisible; et 3- la surcomplexité : difficulté à faire face aux imprévus et à fonctionner en-dehors d'un cadre établi. Cet instrument, validé en français, possède un coefficient de cohérence interne satisfaisant (entre $\alpha = 0.53$ et $\alpha = 0.76$), tout comme les résultats concernant la fidélité test-retest (entre $\alpha = 0.69$ et $\alpha = 0.83$) (O'Connor *et al.*, soumis).

2.3.5 Bande vidéo

Des bandes vidéos de participants placés en situation à risque faible et en situation à risque élevé d'émettre des tics ont été analysées. Ces situations ont été déterminées dans le cadre d'une thérapie administrée antérieurement à ce projet de recherche, avec l'aide d'un psychologue, et les situations retenues sont celles qui pouvaient être reproduites en contexte de laboratoire. Par exemple, si le participant mentionne qu'il est particulièrement à risque d'émettre des tics lorsqu'il conduit en voiture dans la circulation, cette situation ne sera pas retenue et une autre plus facilement reproductible devra être choisie. Les manifestations comportementales du perfectionnisme et de l'impulsivité ont été relevées sur une grille d'observation pendant une période d'environ 10 minutes par situation et ce, pour deux temps de mesures. Cela fait quatre bandes vidéos par participants, ce qui, multiplié par les 22 participants de l'étude, permet de travailler avec un total de 88 bandes vidéos. Afin de codifier les comportements observés sur ces bandes vidéos, la méthode

d'opérationnalisation des observations comportementales de Ray *et al.* (2011) a été utilisée. En se basant sur le travail de ces auteurs dans la recension d'études semblables, il a été choisi de travailler en observant chacun des comportements émis durant toute la durée de la bande vidéo. Chacun des comportements observés a ensuite été classifié selon qu'il relève du perfectionnisme, de l'impulsivité ou des tics. Cela facilitera la réplication de l'étude puisque cette méthode enseigne que les comportements ciblés doivent se rapporter à des catégories de classification mutuellement exclusives et dresse des balises quant à l'utilisation d'un langage commun. Une fois les comportements de toutes les bandes vidéos codifiés, une grille d'analyse des manifestations comportementales du perfectionnisme et de l'impulsivité a été élaborée selon le modèle de Goetz et ses collaborateurs (1999). Ce groupe de chercheurs a élaboré, testé et validé une grille d'analyse des manifestations du SGT. Bien qu'elle n'ait pas été conçue pour rendre compte du perfectionnisme comportemental, elle a servi de base à l'élaboration de la grille d'analyse de cette étude puisqu'elle a été validée dans le contexte particulier du SGT. Ce nouvel instrument permet de regrouper certaines manifestations, de créer des groupes et de faire ressortir les tendances qui se dégagent des bandes vidéos. Ainsi, un score de manifestations comportementales perfectionnistes et un score de manifestations comportementales impulsives ont été calculés par deux évaluateurs, en plus de l'observation des tics moteurs et sonores. Ces scores ont été obtenus en additionnant le nombre de secondes passées à effectuer des comportements relevant de chacune des catégories, sauf pour les tics, qui ont été évalués de la même façon que dans le modèle de Goetz et ses collègues (1999). Pour les tics moteurs, la légende suivante a été utilisée : 0 – absence de tics, 1 – 1-20 tics/min, 2 – 21-40 tics/min, 3 – 41-60 tics/min, 4 – plus de 60 tics/min. Les tics sonores ont été cotés comme suit : 0 – absence de tics, 1 – 1-5 tics/min, 2 – 6-10 tics/min, 3 – 11-15 tics/min, 4 – plus de 15 tics/min.

Tableau 2.2 Exemples de situations à risque faible et à risque élevé d'émettre des tics.

Situation à risque faible	Situation à risque élevé
Faire du sport	Conduire la voiture
Cuisiner	Lire
Relaxer	Écouter la télévision
Travailler	Voyager en transport en commun
Faire le ménage	Attendre quelqu'un ou quelque chose

2.4 Pré-expérimentation de la grille d'analyse

Avant de procéder à l'analyse des bandes vidéos des participants, une version préliminaire de la grille d'observation a été présentée aux deux évaluateurs qui l'ont testée sur un échantillon de cinq bandes vidéos afin de s'assurer que les manifestations comportementales observées sur les bandes puissent être notées avec la grille d'observation. Les deux évaluateurs impliqués dans cette étape du projet sont deux candidates au doctorat en psychologie comptant plus de quatre ans d'expérience avec le SGT et ses troubles associés. Ce prétest a permis de confirmer l'opérationnalisation des comportements ciblés. Par l'entremise d'un consensus d'experts, il a été possible de constater que les manifestations comportementales du perfectionnisme se distinguent de celles de l'impulsivité par leur tendance à être dirigées vers un but, à corriger un défaut qui n'est pas nécessairement là, à surcontrôler certains éléments (p.ex., remplacer son cahier de lecture, ajuster sa position, ralentir des gestes naturels comme porter un aliment à sa bouche pour s'assurer de demeurer en contrôle), contrairement aux mouvements perpétuels (« motor restlessness »), inappropriés (désinhibition) ou ne semblant répondre à aucune règle qui caractérisent l'impulsivité (p.ex., bouger sur sa chaise, se lever et se rasseoir, soupirer). Les commentaires et suggestions des évaluateurs ont été pris en compte lors de la révision de cet instrument d'observation, notamment en leur donnant accès à la liste de tics manifestés par les participants, identifiés dans le cadre du processus thérapeutique antérieur à cette étude. Afin de faciliter et optimiser la

cotation des bandes vidéos, il a été décidé de procéder à trois visionnements, soit un visionnement par type de manifestations coté (perfectionnisme, impulsivité et tics). Cela a permis de diminuer le risque d'oublier de coter certains tics, de confondre un tic avec un autre type de manifestation (p.ex. se replacer une mèche de cheveux versus la trichotillomanie) et de faciliter l'analyse des grilles par l'expérimentatrice. Les scores ainsi obtenus sont le nombre de secondes passé à effectuer un comportement impulsif, perfectionniste ou des tics où ont été additionné le nombre de secondes pour la situation à risque élevé d'émettre des tics et la situation à risque faible. Un exemple de grille d'observation se trouve au tableau 2.3 alors que la grille vierge est à l'appendice H. L'analyse qualitative des grilles d'observation a permis de déterminer que l'accord interjuge est très bon (α entre 0,87 et 0,91, selon les catégories pour les situations à risque élevé d'émettre des tics, et α entre 0,81 et 0,89, selon les catégories pour les situations à risque faible) et permet d'effectuer les opérations nécessaires afin de procéder à la vérification des hypothèses. De façon générale, on remarque que conduire la voiture ou prendre le transport en commun, parler au téléphone et être seul sont les plus fréquentes parmi les situations à risque élevé d'émettre des tics alors que faire du sport, cuisiner et travailler sont les situations à risque faible qui reviennent le plus souvent. Aucune autre tendance ne ressort de l'échantillon.

Tableau 2.3 Exemple de grille d'observation

Tic ciblé : contraction du cou		Situation à risque élevé choisie : lecture	
Impulsivité – Temps 1	Perfectionnisme – Temps 1	Tics – Temps 1	
Prendre et relâcher un crayon (0:10) Soupirer de manière excédée (0:03)	Suivre la lecture avec un crayon (0:19) Replacer le cahier qui n'était pas déplacé (0:06) Se reténir de tiquer (en fredonnant, se massant) (0:48)	Se racler la gorge (2) Contracter le cou (2)	
Durée – Temps 1 : 0:13	Durée – Temps 1 : 1:13	Cote : 2	
Impulsivité – Temps 2	Perfectionnisme – Temps 2	Tics – Temps 2	
Soupirer de manière excédée (0:10) Se replacer brusquement sur la chaise (0:06)	Se reténir de tiquer (en fredonnant, se massant) (1:15)	Contracter le cou (2) Tousser (2)	
Durée – Temps 2 : 0:16	Durée – Temps 2 : 1:15	Cote : 2	
Commentaires généraux : La thérapeute est entrée dans le local après 4 minutes dans la situation au Temps 2 et le participant lui mentionne trouver le temps très long. Il disait s'être presque endormi au Temps 1.			

Le chapitre suivant présente l'analyse des résultats. Ils seront décrits en fonction de l'objectif principal et des hypothèses identifiés précédemment.

CHAPITRE III

RÉSULTATS

Ce troisième chapitre présente le mode utilisé pour analyser les données. Les résultats de cette analyse suivront. Les données sociodémographiques ont été présentées au chapitre précédent.

3.1 Mode d'analyse des données

Afin d'obtenir une taille d'effet élevée, il est estimé qu'une puissance statistique d'environ .68 avec un alpha de .05 sera obtenue avec un échantillon de 22 participants (Cohen, 1988). Cette puissance statistique permet de s'assurer que l'échantillon est suffisamment grand pour que les analyses détectent les relations entre les variables étudiées. Ainsi, après vérification de la normalité des distributions pour chacune des variables mesurées, des analyses statistiques ont été menées. Les statistiques descriptives ont été utilisées afin de décrire l'échantillon.

Tableau 3.1 Résultats descriptifs

	Moyenne	Écart-type
Échelle d'impulsivité de Barratt		
<i>Impulsivité motrice</i>	21,43	3,68
<i>Impulsivité attentionnelle</i>	17,81	2,98
<i>Difficultés de planification</i>	24,27	4,47
<i>Score total</i>	63,52	4,09
Échelle multidimensionnelle de perfectionnisme		
<i>Préoccupation par rapport aux erreurs</i>	23,55	10,84
<i>Standards personnels</i>	25,23	6,47
<i>Attentes parentales</i>	13,55	6,05
<i>Critiques parentales</i>	10,23	4,44
<i>Doute</i>	11,27	4,07
<i>Organisation</i>	22,23	5,17
<i>Score total</i>	106,08	7,02
Style de planification de l'action		
<i>Suractivité</i>	18,30	7,68
<i>Surpréparation</i>	17,27	6,01
<i>Surcomplexité</i>	34,58	12,44
<i>Score total</i>	70,17	11,04
Tourette syndrome global scale		
<i>Tics</i>	9,36	4,42
<i>Comportements</i>	9,85	6,65
<i>Score total</i>	19,48	8,96
Yale global tic severity scale		
<i>Tics moteurs</i>	12,79	2,64
<i>Tics sonores</i>	2,69	3,98
<i>Dysfonction</i>	14,39	6,73
<i>Score total</i>	29,96	8,78
Bande video		
<i>Impulsivité</i>	10,14	9,99
<i>Perfectionnisme</i>	9,09	8,75
<i>Tics</i>	13,59	12,49

Dans le but de vérifier l'objectif principal (examiner la validité convergente d'une grille d'observation comportementale), des corrélations de Pearson bilatérales ont été utilisées pour déterminer si un lien existe entre les scores obtenus par la grille d'observation comportementale et ceux provenant des réponses aux questionnaires auto-rapportés soit du style de planification de l'action, du perfectionnisme, de

l'impulsivité et des tics. Étant donné que la grille d'observation comportementale a été élaborée dans le cadre de cette étude et, qu'à notre connaissance, aucune autre étude ne rapporte une relation semblable entre des comportements perfectionnistes et impulsifs et les cognitions associées à ces mêmes construits, il est de mise de procéder avec des corrélations de Pearson bilatérales.

Afin de vérifier l'hypothèse 1 et l'hypothèse 2, des corrélations bilatérales seront effectuées pour juger d'une part de la relation entre les scores de perfectionnisme comportemental et ceux de perfectionnisme et du style de planification de l'action auto-rapportés, et d'autre part de la relation entre les scores d'impulsivité comportementale et auto-rapportés.

Avant d'effectuer la vérification des hypothèses et de l'objectif de cette étude, des corrélations ont été effectuées entre les mesures auto-rapportées afin de s'assurer qu'elles ne mesurent pas des construits similaires. Le tableau 3.2 présentent ces corrélations.

Tableau 3.2 Corrélations entre les mesures auto-rapportées

	ÉIB				ÉGSTY			
	Impulsivité motrice	Impulsivité attentionnelle	Difficultés de planification	Score total	Tics moteurs	Tics sonores	Dérangement	Score total
Préoccupation par rapport aux erreurs	.154	.342	.331	.390	.279	.005	-.313	-.140
Standards personnels	.333	.314	.231	.358	.278	-.118	-.348	-.276
Attentes parentales	.393	.437*	-.090	.285	.061	-.037	-.071	-.137
Critiques parentales	.408	.332	-.007	.315	.086	-.050	-.218	-.071
Doute	.223	.671***	.309	.525**	.387	.378	-.098	-.008
Organisation	-.024	.185	-.533**	-.305	.215	.146	-.051	-.078
Score total	.278	.453*	-.047	.239	.302	.055	-.209	-.174
Suractivité	-.237	-.438*	-.265	-.413	.119	-.091	-.053	.258
Surpréparation	.062	-.028	.318	.226	.073	-.142	-.122	.232
Inflexibilité	-.133	.013	.013	.033	.131	.438*	.122	-.032
Score total	-.226	-.172	-.210	-.230	.312	.416	.082	.194
Tics	-.193	-.056	.077	-.008	.135	-.068	.034	.176
Comportements	.054	.265	.150	.217	.590***	-.015	.216	.357
Score total	.161	.115	.015	.158	.783***	.017	.051	.499**
Tics moteurs	.112	.078	-.041	.070	-	-	-	-
Tics sonores	-.010	.417	-.217	.033	-	-	-	-
Dérangement	-.495**	.239	.007	-.104	-	-	-	-
Score total	-.245	.181	.017	-.021	-	-	-	-

* : Résultat significatif à .05

** : Résultat significatif à .025

*** : Résultat significatif à .01

3.2 Vérification de l'hypothèse 1 : relation entre le perfectionnisme comportemental et le perfectionnisme auto-rapporté

Il existe un lien entre l'échelle de préoccupation par rapport aux erreurs de l'EPM ($r = .601, p = .003$), l'échelle de standards personnels ($r = .587, p = .004$), l'échelle de doute ($r = .486, p = .022$), ainsi que le score global ($r = .442, p = .045$) et le perfectionnisme comportemental. En ce qui concerne le lien entre le style de planification de l'action, seule la relation entre la suractivité et le perfectionnisme comportemental est significative ($r = -.491, p = .020$), ce qui supporte l'hypothèse selon laquelle le perfectionnisme et la suractivité sont liés.

Tableau 3.3 Corrélations entre les scores du perfectionnisme de la grille d'observation comportementale et ceux des questionnaires autorapportés

	Bande vidéo Perfectionnisme <i>R</i>
Échelle multidimensionnelle de perfectionnisme	
<i>Préoccupation par rapport aux erreurs</i>	.601***
<i>Standards personnels</i>	.587***
<i>Attentes parentales</i>	.264
<i>Critiques parentales</i>	.351
<i>Doute</i>	.486**
<i>Organisation</i>	-.081
<i>Score total</i>	.442*
Style de planification de l'action	
<i>Suractivité</i>	-.491**
<i>Surpréparation</i>	.066
<i>Surcomplexité</i>	-.282
<i>Score total</i>	-.394

* : Résultat significatif à .05

** : Résultat significatif à .025

*** : Résultat significatif à .01

3.3 Vérification de l'hypothèse 2 : relation entre l'impulsivité comportementale et l'impulsivité auto-rapportée

La relation entre l'échelle des difficultés de planification ($r = .525, p = .007$) de l'EIB, constituée du contrôle de soi et de la complexité cognitive ou l'appréciation de jeux mentaux, et l'impulsivité comportementale est significative, de même qu'avec le score global de cet instrument ($r = .496, p = .005$).

Tableau 3.4 Corrélations entre les scores d'impulsivité de la grille d'observation comportementale et ceux des questionnaires autorapportés

	Bande vidéo Impulsivité <i>R</i>
Échelle d'impulsivité de Barratt	
<i>Impulsivité motrice</i>	-.256
<i>Impulsivité attentionnelle</i>	-.058
<i>Difficultés de planification</i>	.525***
<i>Score total</i>	.496***

* : Résultat significatif à .05

** : Résultat significatif à .025

*** : Résultat significatif à .01

3.4 Objectif principal : examiner la validité convergente de la grille d'observation comportementale

Les résultats de l'hypothèse 1 et ceux de l'hypothèse 2 présentés précédemment contribuent à la vérification de la validité convergente de la grille d'observation. Pour compléter cette vérification, les résultats relatifs aux tics sont présentés ici.

Ainsi, il appert que l'échelle tics du ÉGST est corrélée de façon significative aux tics tels qu'observés sur les bandes vidéos ($r = .477, p = .025$). On remarque une tendance semblable avec le ÉGSTY dont l'échelle tics moteurs a un lien qui

s'approche du seuil significatif ($r = .417, p = .054$) avec les tics tels qu'observés sur les bandes vidéos.

Tableau 3.5 Corrélations entre les scores des tics de la grille d'observation comportementale et ceux des entrevues semi-structurées

	Bande vidéo Tics <i>r</i>
Échelle globale du syndrome de la Tourette	
<i>Tics</i>	.477**
<i>Comportements</i>	.319
<i>Score total</i>	.379
Échelle globale de sévérité des tics de Yale	
<i>Tics moteurs</i>	.417
<i>Tics sonores</i>	.274
<i>Niveau de dérangement</i>	.130
<i>Score total</i>	.368

* : Résultat significatif à .05

** : Résultat significatif à .025

*** : Résultat significatif à .01

CHAPITRE IV

DISCUSSION

Ce quatrième chapitre présente l'interprétation des résultats en fonction des questions de recherche. Sont joints en conclusion les apports de cette étude, mais également ses limites. En se basant sur ces dernières, des suggestions de recherches ultérieures et des recommandations cliniques concluront le chapitre.

4.1 Synthèse des résultats

La présente étude avait pour objectif principal d'établir la validité comportementale des observations du perfectionnisme et de l'impulsivité dans le SGT. Cet objectif a été atteint puisque les résultats obtenus démontrent un lien entre les caractéristiques cognitives et comportementales du perfectionnisme, d'une part, et celles de l'impulsivité, d'autre part. Il est possible de constater que la grille d'observation du perfectionnisme, de l'impulsivité et des tics élaborée dans le cadre de cette étude présente une validité convergente satisfaisante pour les composantes de perfectionnisme, d'impulsivité et des tics.

Plus spécifiquement, c'est le lien entre le perfectionnisme comportemental et les cognitions relatives aux préoccupations par rapport aux erreurs et aux standards personnels qui est le plus statistiquement significatif. Ainsi, il appert que les croyances selon lesquelles une personne qui peut réaliser parfaitement une tâche a plus de valeur et est davantage appréciée qu'une autre qui en est incapable sont liées aux comportements perfectionnistes observés. Cela est également appuyé par une tendance à entretenir des standards de performance très élevés, comme le montrent

ces items du questionnaire : « Je me fixe des objectifs extrêmement élevés. » ou encore « Les autres semblent avoir des standards de performance moins élevés que les miens. ». Ces caractéristiques identifiées chez les participants de cette étude soutiennent l'importance de cibler les croyances perfectionnistes erronées dans le cadre d'une thérapie cognitive et comportementale. D'ailleurs, ces participants se sont vu offrir une telle thérapie, indépendante du projet de recherche. Les croyances erronées identifiées dans le cadre de cette thérapie reflètent justement ce genre de biais cognitif, par exemple « Je ne suis pas sûr de pouvoir faire aussi bien que je le voudrais, je dois être le meilleur. », « Les gens m'évaluent. Suis-je professionnelle, est-ce que ce que je dis fais du sens, suis-je bonne ? » ou « Si je maîtrisais mieux les logiciels, j'accomplirais plus en moins de temps. ».

En ce qui a trait aux cognitions impulsives, le lien avec les comportements est présent, bien que moins évident que l'on aurait pu le croire. Le fait que l'observation comportementale se soit faite en laboratoire a pu influencer les résultats obtenus. En effet, seuls les liens entre l'impulsivité comportementale et l'échelle de difficultés de planification et le score total de l'ÉIB ont été démontrés. Il se peut donc que les aspects comportementaux de l'impulsivité attentionnelle, qui se définit comme une difficulté à se concentrer, à demeurer concentré et à porter attention, et de l'impulsivité motrice, qui se traduit par agir sous l'impulsion du moment, se faire rapidement une idée sur une situation donnée et dépenser plus d'argent qu'on ne le devrait aient été moins flagrants dans ce type de situations qu'en contexte naturel. Afin de mieux comprendre ces résultats, il importe de s'attarder aux items de l'ÉIB composant les différentes échelles. Ainsi, parmi les items qui constituent l'échelle des difficultés de planification, on remarque des caractéristiques liées au perfectionnisme sujet à influencer les situations reproduites sur les bandes vidéos en altérant, par exemple, le temps de mise en action, telles que « Je planifie les tâches avec attention. », « Je me contrôle. », « Je planifie mes itinéraires longtemps à l'avance. » et « J'aime réfléchir à des problèmes complexes. ». D'ailleurs, les items de cette

échelle partagent un lien significatif avec le perfectionnisme comportemental tel que mesuré par les bandes vidéos. Or, parmi les échelles dont le lien avec l'impulsivité comportementale est non significatif, on relève des caractéristiques plus générales et qui pourraient s'appliquer uniquement dans certaines situations ne faisant pas partie de celles reproduites sur les bandes vidéos, comme « Je ne porte pas attention. », « Je me concentre facilement. », « J'agis de façon impulsive. », « J'achète de façon impulsive. », « J'agis sans réfléchir. », « Je déménage. », « Je change d'emploi. » et « Je change de loisirs. ».

L'échelle tics de la grille comportementale est intéressante. En effet, les seuls liens qui ont pu être faits avec les tics observés ont été obtenus avec l'échelle tics du TSGS et l'échelle tics moteurs du YGTSS. Plusieurs raisons peuvent l'expliquer, dont le niveau léger des tics présentés par les participants. De plus, il arrive fréquemment que les tics ne se présentent pas en situation de consultation médicale, de thérapie ou encore lorsque le participant est filmé. C'est pour cette raison que l'entrevue clinique est un élément clé dans l'analyse des symptômes liés au SGT. Toutefois, une tendance se dégage des données recueillies dans le cadre de cette étude et qui soutient le modèle d'O'Connor (2005). En effet, on remarque que l'impulsivité seule n'est pas suffisante pour prédire la sévérité des tics, mais pourrait effectivement avoir un lien avec l'absence ou la présence de ceux-ci. D'autres études sur l'influence du perfectionnisme dans le SGT permettront d'enrichir ce raisonnement en apportant de nouvelles avenues de traitement de ce syndrome.

4.2 Considérations méthodologiques

Les résultats de cette étude offrent un éclairage plus exhaustif que la littérature actuelle concernant spécifiquement le perfectionnisme dans le SGT. Il s'agit d'une des premières recherches au Québec sur le sujet et son caractère novateur réside dans la spécificité de l'étude du perfectionnisme comportemental, bien présent chez cette population clinique. L'approche par bandes vidéos permet d'ajouter un élément

objectif aux mesures habituelles du perfectionnisme auto-rapportées. En effet, la présence de cognitions perfectionnistes dans le SGT avait été établie auparavant, mais le lien avec les aspects comportementaux a pu être renforcé grâce à ce projet de recherche.

Les résultats obtenus ne permettent pas une généralisation à tous les adultes atteints du SGT, mais ceux-ci viennent valider le fait que les cognitions perfectionnistes sont associées à des comportements qui peuvent paraître impulsifs.

Quelques limites, en lien avec la méthodologie de ce projet de recherche, viennent teinter l'interprétation des résultats. Tout d'abord, la sélection des situations à risque élevé et faible d'émettre des tics qui ont été utilisées pour l'observation comportementale n'est pas optimale. En effet, une observation dans un contexte plus naturel, moins aseptisé, aurait pu permettre d'avoir une meilleure représentation des comportements perfectionnistes, impulsifs et des tics des participants. Cela est d'autant plus vrai lorsque l'on tient compte que les situations retenues sont celles qui étaient reproductibles en laboratoire et non pas nécessairement celles où les participants avaient déterminé qu'ils étaient le plus à risque d'émettre des tics. La sélection des participants n'étant pas aléatoire, cela limite également la généralisation des résultats obtenus. Par ailleurs, les échelles d'évaluation des tics, administrées sous forme d'entrevues semi-structurées n'ont pas été validées en français.

Il s'agit d'autre part d'une étude corrélationnelle de laquelle on ne peut tirer de relations de cause à effet, ce qui limite la généralisation des résultats ainsi obtenus.

Ces limites nous amènent par conséquent à suggérer que les recherches ultérieures aient un meilleur contrôle de certaines variables et une méthode de recrutement des participants plus complexe où ils seraient choisis de façon aléatoire. De plus, l'augmentation de la taille de l'échantillon ainsi que l'ajout de mesures de la validité divergente principalement, mais également d'autres mesures de fidélité et de validé seraient souhaitables.

4.3 Pistes de recherches futures

Bien que l'objectif principal de ce projet de recherche ait été atteint, dans la perspective d'une reproduction de cette étude, il serait sage d'envisager de modifier quelques détails méthodologiques, comme la sélection des situations d'observation. Il pourrait également être pertinent de créer des situations d'observation où il serait possible d'induire certaines réactions perfectionnistes et impulsives afin de mesurer à la fois les comportements et les pensées des participants à ce moment précis. La création d'une tâche spécifique à cette étude, contenant des éléments confrontant les participants à de la frustration, par exemple en leur imposant une tâche insoluble, et à l'effort soutenu, durant laquelle ils seraient filmés, est une avenue intéressante pour les travaux futurs. Une comparaison des composantes impulsives et perfectionnistes chez des personnes atteintes du SGT avec ou sans TDAH permettrait également un regard complémentaire sur ces problématiques. Par ailleurs, une rétroaction des sujets suite au visionnement de leur propre bande vidéo aurait pu être intéressante. Cela aurait pu permettre de confirmer ou d'infirmer la cotation préliminaire des comportements, de même que d'avoir accès aux pensées qu'ils ont eu à ce moment et qui ont pu influencer leurs comportements. Cet aspect aurait également pu être utile d'un point de vue thérapeutique puisque cela aurait permis de cerner des cognitions à travailler. Une étude subséquente pourrait approfondir ces aspects et poursuivre le travail amorcé dans le cadre de ce projet de recherche.

4.4 Considérations pratiques et cliniques

L'importance du lien entre ces comportements et les cognitions perfectionnistes qui y sont associées soulignent l'importance de travailler ces cognitions par l'entremise de restructuration cognitive dans le traitement du SGT. En effet, ce type de comportements peut être contrôlé temporairement par une rééducation comportementale, mais ce que la recherche actuelle nous permet de croire, est que ce résultat risque d'être de courte durée chez les adultes pour qui ces comportements

sont associés à des cognitions perfectionnistes plutôt qu'à de l'impulsivité, d'où l'importance de la restructuration cognitive.

4.5 Diffusion des résultats

Cette étude est intéressante au plan clinique et il est pertinent d'en diffuser les résultats. Pour ce faire, la publication d'un article scientifique est envisagée. Quelques conférences locales et régionales sont également prévues, notamment auprès de la population atteinte du SGT afin de voir si ces résultats font écho à leur expérience du syndrome. De plus, la collaboration avec le CRFS pour les suites du projet permettra de travailler activement à la bonification de la grille d'observation validée dans le cadre de cette étude. Cela permettra d' étoffer les recommandations avancées ici pour les cliniciens.

4.6 Conclusion

Le SGT est un trouble dont la tendance impulsive des personnes atteintes est généralement acceptée par la communauté scientifique (Coffey et Park, 1997; Woods et Miltenberger, 2001; Woods *et al.*, 2007), mais O'Connor et ses collaborateurs (2001) ont été parmi les premiers à s'intéresser à leurs caractéristiques perfectionnistes. Ainsi, ils ont observé chez elles la présence de suractivité, qu'ils définissent comme un style de planification de l'action.

Malgré les limites nommées précédemment, la présente étude demeure intéressante puisqu'elle apporte de nouveaux éléments au sujet de la suractivité dans le contexte particulier du SGT, en ajoutant à la mesure de ce concept cognitif une dimension liée aux aspects comportementaux. La comparaison des résultats obtenus aux symptômes du SGT permet aussi de jeter un regard nouveau sur les aspects décrivant la suractivité. Enfin, cette étude a permis de valider une grille d'observation comportementale du perfectionnisme et de l'impulsivité qui pourra être réutilisée dans les travaux futurs et enrichir les connaissances dans le domaine. Ultiment,

cela permet de préciser la pertinence de cibler les composantes perfectionnistes du SGT dans le traitement des personnes atteintes.

RÉFÉRENCES

- American Psychiatric Association (2004). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (4^e édition, texte révisé). Paris, France: Masson.
- Bouvard, M. (2009). *Questionnaires et échelles d'évaluation de la personnalité*. 3^e édition, Paris, France: Elsevier / Masson.
- Braswell, L., & Bloomquist, M. (1991). *Cognitive-Behavioral Therapy with ADHD children : Child, family, and school interventions*. New York, NY: The Guilford Press.
- Budman, C.L., & Feirman, L. (2001). The relationship of Tourette's syndrome with its psychiatric comorbidities: Is there an overlap? *Psychiatric Annals*, 31, 541-548.
- Coffey, B.J., & Park, K.S. (1997). Behavioral and emotional aspects of Tourette syndrome. *Neurologic Clinics*, 15, 277-289.
- Coffey, B.J., Biederman, J., Geller, D.A., Spencer, T., Park, K.S., Shapiro, S.J. *et al.* (2000). The course of Tourette's disorder: A literature review. *Harvard Review of Psychiatry*, 8(4), 192-198.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. 2^e édition, Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Comings, D.E. (1990). *Tourette Syndrome and human behavior*. Duarte, CA: Hope Press.
- Debes, N., Hjalgrim, H., & Skov, L. (2010). The presence of attention-deficit hyperactivity disorder (ADHD) and obsessive-compulsive disorder worsen psychosocial and educational problems in Tourette syndrome. *Journal of Child Neurology*. 25(2), 171-181.
- Findley, D.B. (2006). « Characteristics of tic disorders ». In Woods, D.W., & Miltenberger, R.G (Eds). *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive*

- behaviour disorders: behavioural approaches to analysis and treatment* (pp. 53-71). New York, NY: Springer.
- Freeman, R., Fast, D., Burd, L., Kerbeshian, J., Robertson, M., & Sandor, P. (2000). An international perspective on Tourette syndrome: Selected findings from 3500 cases in 22 countries. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 42, 436-447.
- Frost, R.O., Marten, P., Lahart, C., & Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468.
- Goetz, C.G., Pappert, E.J., Louis, E.D., Raman, R., & Leurgans, S. (1999). Advantages of a modified scoring method for the Rush video-based tic rating scale. *Movement Disorders*, 14, 502-506.
- Harcherik, D., Leckman, J., Detlor, J., & Cohen, D. (1984). A new instrument for clinical studies of Tourette's syndrome. *Journal of American Academy of Child and Adolescents Psychiatry*, 23, 153-160.
- Hassan, N., & Cavanna, A.E. (2012). The prognosis of Tourette syndrome: implications for clinical practice. *Functional Neurology*, 27(1), 23-27.
- Hoekstra, P.J., Steenhuis, M-P., Troost, P.W., Korf, J., Kallenberg, C.G.M., & Minderaa, R.B. (2004). Relative contribution of attention deficit hyperactivity disorder, obsessive-compulsive disorder, and tic severity to social and behavioural problems in tic disorders. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 25(4), 272-279.
- Institut de la statistique du Québec. (2010). *Le Québec statistique*, [En ligne], http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/quebec_stat/pop_pop/pop_pop_fs.htm, page consultée le 17 juillet 2012.
- King, R.A., Leckman, J.F., Scahill, L., & Cohen, D.J. « Obsessive-compulsive disorder, anxiety, and depression ». In Leckman, J.F., & Cohen, D.J. (Eds). *Tourette's syndrome: Tics, obsessions, compulsions. Developmental psychopathology and clinical care* (pp. 43-61). New York, NY: John Wiley.

- Knell, E.R., & Comings, D.E. (1993). Tourette's syndrome and attention-deficit hyperactivity disorder: Evidence for a genetic relationship. *Journal of Clinical Psychiatry*, 54(9), 331-337.
- Knight, T., Steeves, T., Day, L., Lowerison, M., Jette, N., & Pringsheim, T. (2012). Prevalence of tic disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pediatric Neurology*, 47(2), 77-90.
- Kraft, J.T., Dalsgaard, S., Obel, C., Thomsen, P.H., Henriksen, T.B., & Scahill, L. (2012). Prevalence and clinical correlates of tic disorders in a community sample of school-age children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 21(1), 5-13.
- Kurlan, R. (1989). Tourette's syndrome: Current concepts. *Neurology*, 39, 1625-1630.
- Kurlan, R., Como, P.G., Miller, B., Palumbo, D., Deeley, C., Andresen, E.M. *et al.* (2002). The behavioral spectrum of tic disorders: a community-based study. *Neurology*, 59(3), 414-420.
- Laverdure, A. (2009). *L'hyperactivité et la suractivité chez les préadolescents atteints du syndrome de Gilles de la Tourette: aspects cognitifs*. Mémoire de maîtrise, Montréal, Québec: Université de Montréal.
- Laverdure, A., O'Connor, K., & Lavoie, M.E. (2013). Cognitive aspects of hyperactivity and overactivity in preadolescents with Tourette syndrome. *Psychiatry Journal*, 2013, ID 198746.
- Leckman, J.F., Riddle, M.A., Hardin, M.T., Ort, S.I., Swartz, K.L., Stevenson, J. *et al.* (1989). The Yale Global Tic Severity Scale: Initial testing of a clinician-rated scale of tic severity. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28, 566-573.
- Leckman, J.F., Grice, D.E., Barr, L.C., de Vries, A.L.C., Martin, C., Cohen, D.J. *et al.* (1995). Tic-related vs. non-tic-related obsessive-compulsive disorder. *Anxiety*, 1, 208-215.

- Leckman, J.F., Zhang, H., Vitale, A., Lahnin, F., Lynch, K., Bondi, C. *et al.* (1998). Course of tic severity in Tourette syndrome : The first two decades. *Pediatrics*, 102(1), 14-19.
- Leckman, J.F., & Cohen, D.J. (1999). *Tourette's syndrome, tics, obsessions, compulsions. Developmental psychopathology and clinical care*. New York, NY: John Wiley and sons.
- Leclerc, J., Forget, J., & O'Connor, K. (2008). *Quand le corps fait à sa tête – Le syndrome de Gilles de la Tourette*. Québec, Québec: Éditions MultiMondes.
- Leclerc, J. (2010). *Évaluation de l'effet d'un programme d'entraînement à l'autogestion des épisodes explosifs chez des enfants atteints du syndrome de Gilles de la Tourette*. Thèse de doctorat, Montréal, Québec: Université du Québec à Montréal.
- Martino, D., Cavanna, A.E., Robertson, M.M., & Orth, M. (2012). Prevalence and phenomenology of eye tics in Gilles de la Tourette syndrome. *Journal of Neurology*, 259(10), 2137-2140.
- Mason, A., Banerjee, S., Eapen, B., Zeitlin, H., & Robertson, M.M. (1998). The prevalence of Tourette syndrome in a mainstream school population. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 40, 292-296.
- Miguel, E.C., Rosario-Campos, M.C., Prado, H.S., Valle, R., Rauch, S.L., Coffey, B.J. *et al.* (2000). Sensory phenomena in obsessive-compulsive disorder and Tourette's disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61, 150-156.
- Muller-Vahl, K.R., Berding, G., Brucke, T., Kolbe, H., Meyer, G.J., Hundeshagen, H. *et al.* (2000). Dopamine transporter binding in Gilles de la Tourette syndrome. *Journal of Neurology*, 247(7), 514-520.
- O'Connor, K.P., Gareau, D., & Blowers, G.H. (1994). Personal constructs associated with tics. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(2), 151-158.
- O'Connor, K.P., Gareau, D., & Borgeat, F. (1997). A comparison of a behavioural and a cognitive behavioural approach to the management of chronic tic disorders. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 4(2), 105-117.

- O'Connor, K.P., Brault, M., Robillard, S., Loiselle, J., Borgeat, F., & Stip, E. (2001). Evaluation of a cognitive-behavioural program for the management of chronic tic and habit disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 667-681.
- O'Connor, K. (2002). A cognitive-behavioral/psychophysiological model of tic disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1113-1142.
- O'Connor, K., Brisebois, H., Brault, M., Robillard, S., & Loiselle, J. (2003). Behavioral activity associated with onset in chronic tic and habit disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 241-249.
- O'Connor, K.P. (2005). *Cognitive-behavioral management of tic disorders*. New York, NY: John Wiley and sons.
- O'Connor, K.P., & Leclerc, J. (2005). « Contrasting Tourette's syndrome and tic disorders with OCD ». In Abramowitz J.S., & Houts A.C. (Eds.), *Concepts and controversies in obsessive-compulsive disorder* (pp. 191-205). New York, NY : Springer Science, Inc.
- O'Connor, K.P., & Laverdure, A. (2007, Juillet). Cognition and meta-cognition in Tourette's and Tic disorders. Communication orale présentée au *World Congress of Behavioral and Cognitive Therapies*, Barcelone, Espagne.
- O'Connor, K.P., Julien, D., Lavoie, M.E., Aardema, F., & Laverdure, A. (soumis). The style of planning action (STOP) questionnaire in OCD spectrum disorders.
- Pappert, E.J., Goetz, C.G., Louis, E.D., Blasucci, L., & Leurgans, S. (2003). Objective assessments of longitudinal outcome in Gilles de la Tourette's syndrome. *Neurology*, 61(7), 936-940.
- Paschou, P., Feng, Y., Pakstis, A.J., Speed, W.C., DeMille, M.M., Kidd, J.R. *et al.* (2004). Indications of linkage and association of Gilles de la Tourette syndrome in two independent family samples : 17q25 is a putative susceptibility region. *American Journal of Human Genetics*, 75(4), 545-560.
- Patton, J.H., Stanford, M.S., & Barratt, E.S. (1995). Factor structure of the Barratt Impulsiveness Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 51(6), 768-774.

- Peterson, B.S., & Cohen, D.J. (1998). The treatment of Tourette's syndrome : Multimodal, developmental intervention. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(2), 62-72.
- Pierre, C.B., Nolan, E.E., Gadow, K.D., Sverd, J., & Sprafkin, J. (1999). Comparison of internalizing and externalizing symptoms in children with attention-deficit hyperactivity disorder with and without co morbid tic disorder. *Journal of Developmental and Behavioral Pediatrics*, 20, 170-176.
- Ray, R.D., Ray, J.M., Eckerman, D.A., Milkosky, L.M., & Gillins, L.J. (2011). Operations analysis of behavioral observation procedures: a taxonomy for modeling in an expert training system. *Behavior Research Methods*, 43, 616-634.
- Rizzo, R., Gulisano, M., Cali, P.V., & Curatolo, P. (2012). Long term clinical course of Tourette syndrome. *Brain Development*, 34(8), 667-673.
- Robertson, M.M. (2000). Tourette syndrome, associated conditions and complexities of treatment. *Brain*, 123, 425-462.
- Robertson, M.M. (2012) The Gilles De La Tourette syndrome: the current status. *Archives of Disease in Childhood Education and Practice*, 97(5), 166-175.
- Shapiro A., Shapiro E., Young J., & Feinberg, T. (1988) « Psychology, Psychopathology, and Neuropsychology ». In Shapiro A., Shapiro E., Young J., & Feinberg, T. (Eds), *Gilles de la Tourette Syndrome* (pp. 195-252). New York, NY: Raven Press.
- Spencer T., Biederman J., Harding M., Wilens, T., & Faraone, S. (1995). The relationship between tic disorders and Tourette's syndrome revisited. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 34, 1133-1139.
- Spencer, T., Biederman, J., Harding, M., O'Donnell, D., Wilens, T., Faraone, S. *et al.* (1998). Disentangling the overlap between Tourette's disorder and ADHD. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 39(7), 1037-1044.

- Steinberg, T., Baruch, S.S., Harush, A., Dar, R., Woods, D., Piacentini, J. *et al.* (2010). Tic disorders and the premonitory urge. *Journal of Neural Transmission*, 117(2), 277-284.
- Todorov, C., & Bazinet, A. (1996). Le perfectionnisme : Aspects conceptuels et cliniques. *Revue canadienne de psychiatrie*, 41, 291-298.
- Walkup, J.T., Khan, S., Schuerholz, L., Paik, Y.S., Leckman, J.F., & Schultz, R.T. « Phenomenology and natural history of tic-related ADHD and learning disabilities ». In Leckman, J.F., & Cohen, D.J. (Eds), *Tourette's syndrome, tics, obsessions, compulsions. Developmental psychopathology and clinical care* (pp. 63-79). New York, NY: Wiley.
- Woods, D.W., & Miltenberger, R.G. (Eds) (2006). *Tic disorders, trichotillomania, and other repetitive behaviour disorders*. New York, NY: Springer.
- Woods, D.W., Piacentini, J.C., & Walkup, J.T. (Eds) (2007). *Treating Tourette syndrome and tic disorders - A guide for practitioners*. New York, NY: Guilford Press.
- Zohar, A.H., Pauls, D.I., Ratzoni, G., Apter, A., Dycian, A., Binder, M. *et al.* (1997). Obsessive-compulsive disorder with and without tics in an epidemiological sample of adolescents. *American Journal of Psychiatry*, 154, 274-276.

Appendice A
Approbation éthique

CENTRE DE RECHERCHE

FERNAND-SEGUIN

Hôpital Louis-H. Lafontaine

Le 24 novembre 2005,

Docteur Kieron O'Connor
Centre de recherche Fernand-Seguin

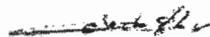
Objet: *«L'impact de la comorbidité sur les aspects cognitifs et comportementaux du syndrome Gilles de la Tourette.»* K. O'Connor, M. Lavoie, E. Stip, L. Turgeon.
(Projet subventionné par les IRSC).

Docteur O'Connor,

Le CÉR a accepté votre projet lors de la réunion du 17 novembre 2005. Par contre nous demandons que soit indiqué à la formule de consentement quelles sont les informations qui seront recherchées dans le cas où les investigateurs consultent le dossier médical des sujets. Les chercheurs devraient par ailleurs corriger les coquilles mineures de leur texte.

Également en acceptant ce projet, le CÉR s'attend formellement à ce que vous remplissiez les documents de suivi de projet. Le premier, dès le recrutement du premier sujet, le deuxième (suivi du projet de recherche à tous les six mois et enfin, le dernier questionnaire à la clôture de cette étude. Si ces documents ne sont pas complétés de façon satisfaisante, le CÉR n'aura d'autre choix que d'interrompre votre étude.

Veuillez agréer, docteur O'Connor, l'expression de nos sentiments distingués.



Robert Élie, M.D.
Président Comité d'éthique de la recherche
RE/cm

p.j.: suivi de projet

C.C. Dr Pierre-Paul Rompré, Ph. D. psychologie - Directeur scientifique Centre de recherche Fernand-Seguin

Appendice B
Formulaire de consentement

**CENTRE DE RECHERCHE FERNAND-SEGUIN (CRFS)
AXE D'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE**

DIRECTEUR DÉLÉGUÉ : KIERON O'CONNOR, PH.D., M.PHIL.

**CENTRE DE RECHERCHE FERNAND-SEGUIN
7331, RUE HOCHELAGA
MONTRÉAL QC H1N 3V2
TÉL: (514) 251-4015**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UN TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE
DU SYNDROME GILLES DE LA TOURETTE ET(OU) TICS CHRONIQUES**

Titre du projet: Évaluation d'un traitement cognitivo-comportemental chez les patients atteints du syndrome Gilles de la Tourette et(ou) tics chroniques

Chercheur principal: Kieron O'Connor, Ph.D., psychologue et chercheur, CRFS

**Chercheurs collaborateurs: Marc Lavoie, Ph.D., chercheur, CRFS
Emmanuel Stip, M.D., psychiatre et chercheur, CRFS**

DESCRIPTION DU PROJET

Le but du projet est d'évaluer l'efficacité du traitement cognitif-béavioral chez les patients atteints du trouble Gilles de la Tourette et(ou) du désordre de tic. Nous voulons aussi étudier plus en détail le lien entre les comportements observés et l'activité cérébrale. Pour les besoins de l'étude et avec votre accord, les entrevues seront enregistrées. Des parties de ces enregistrements pourront être écoutées par des psychologues et des psychiatres de l'équipe de recherche ou par des assistants de recherche sous la supervision de Kieron O'Connor. De plus, vous serez invité à participer à deux enregistrements électroencéphalographiques avant et après votre traitement, remplir des questionnaires et auto-observations ainsi que d'effectuer des tâches neuropsychologiques avant et après le traitement.

Tous les résultats aux questionnaires et aux entrevues seront traités de manière tout à fait confidentielle et codifiée par numéro. Seulement les membres de l'équipe de recherche auront accès aux résultats. Ceux-ci seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin. Il est entendu que les résultats de la présente étude pourront servir à des fins de publication scientifique tout en respectant les règles de confidentialité.

Cette étude a été évaluée par le Comité d'éthique de l'Hôpital Louis-H Lafontaine qui considère que l'étude est acceptable sur le plan de l'éthique médicale.

Formulaire de consentement

Traitement psychologique du syndrome Gilles de la Tourette et(ou) tics chroniques

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UN TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE
DU SYNDROME GILLES DE LA TOURETTE ET(OU) TICS CHRONIQUES (SUITE)**

Nom et prénom : _____

Date de naissance : _____

Adresse actuelle : _____

(1) Je, soussigné(e) ai pris connaissance des objectifs et du contenu du projet de recherche mentionné à la page 1 et j'accepte d'y participer. Cette recherche vise à évaluer l'efficacité d'un traitement psychologique pour le syndrome Gilles de la Tourette et des tics chroniques.

(2) Je sais que ma participation au projet de recherche implique ce qui suit :

- Il y aura une rencontre diagnostique initiale avec un psychiatre.
- Il y aura une évaluation psychologique qui comprend des questionnaires et des entrevues administrées par un des chercheurs nommés à la page 1 ou leurs assistants professionnels de recherche.
- Il y aura une évaluation neuropsychologique qui comprend la performance des tâches manuelles afin de mesurer mes habilités manuelles, visuelles et verbales.
- Il y aura une évaluation psychophysiologique non-invasive qui consiste à poser des électrodes sur le cuir chevelu afin d'enregistrer les ondes du cerveau.

(3) Je recevrai un traitement psychologique cognitif-comportemental avec un psychologue de l'équipe de chercheurs nommés à la page 1 pour une durée totale de 4 mois. Le traitement consiste à recevoir des informations détaillées sur les tics et habitudes motrices et à changer ma façon de les gérer, et à apprendre de nouvelles stratégies pour mieux composer avec les symptômes. À certains moments dans le traitement, j'aurai des tâches à accomplir à la maison (p. ex. noter des comportements, pratiquer les nouvelles stratégies, etc.). Ce traitement n'implique aucun médicament additionnel.

(4) Des évaluations à 6 mois, 12 mois et à 24 mois auront lieu après la fin du traitement. À ces moments, j'aurai à participer à une entrevue et à compléter des questionnaires. La durée totale de l'étude (incluant l'évaluation avant le traitement, le traitement, le suivi téléphonique et les évaluations à 6 mois, 12 mois et à 24 mois après la fin du traitement) est approximativement de deux ans et demi.

Formulaire de consentement

Traitement psychologique du syndrome Gilles de la Tourette et(ou) tics chroniques

(5) Si je reçois déjà des médicaments de mon médecin ou psychiatre, cela demeure la responsabilité de ce dernier pendant le traitement. Cependant, je m'engage à ne pas augmenter la dose ni modifier le type de médicament sans l'accord de mon médecin ou psychiatre traitant et sans avertir mon thérapeute (_____) dans les plus brefs délais.

(6) Pour les besoins de l'étude et avec mon accord, les entrevues seront enregistrées. Des parties de ces enregistrements pourront être écoutées par des psychologues et des psychiatres de l'équipe de recherche ou par des assistants de recherche sous la supervision de Kieron O'Connor.

(7) Pour toute question sur mes droits à titre de sujet de recherche ou pour tout problème éthique concernant les conditions dans lesquelles se déroule ma participation à ce projet, je peux contacter Mme Élise St-Amant, Commissaire local à la qualité des services, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 rue Hochelaga, Montréal (Québec) H1N 3M5; téléphone : (514) 251-4000, poste 2920.

(8) J'autorise le chercheur responsable à contacter mon médecin ou psychiatre traitant (_____) afin de discuter de mon traitement.

Signature du sujet : _____

Date : _____

CONSENTEMENT POUR LES ENREGISTREMENTS ÉLECTROENCÉPHALOGRAPHIQUES

Je, soussigné(e) _____, consens par la présente à participer à la recherche suivante dans les conditions décrites ci-dessous:

But de la recherche : Obtenir des informations concernant le fonctionnement cognitif et cérébral humain.

Participation : Après la pose de 6 électrodes sur le visage (4 autour des yeux et 2 sur les lobes d'oreilles) et l'installation d'un bonnet à _____, vous devrez effectuer des tâches constituées de présentations visuelles ou auditives par ordinateur auxquelles une réponse simple est requise.

Inconvénients personnels découlant de la participation : Aucun. Il est entendu que cette recherche implique la pose d'électrodes. Néanmoins, cette procédure est sans aucun danger, aussi bien sur le plan médical que psychologique. De plus les aiguilles tronquées utilisées sont renouvelées pour chaque sujet.

Informations concernant le projet : On devra répondre, à ma satisfaction, à toute question que je poserai à propos du projet de recherche auquel j'accepte de participer. Néanmoins, certaines de ces réponses ne pourront m'être données qu'après l'expérimentation afin d'être conforme aux consignes des tâches.

Retrait de ma participation : Il est entendu que ma participation à ce projet de recherche est tout à fait libre. Il est également entendu que je pourrai, à tout moment, mettre un terme à ma participation.

Confidentialité : Il est entendu que les observations effectuées en ce qui me concerne dans le cadre du projet de recherche décrit à la page 1 demeureront strictement confidentielles.

Je déclare avoir compris les termes de la présente formule.

Signature du sujet : _____

Responsable de recherche : _____

Date : _____ Lieu : _____

**CENTRE DE RECHERCHE FERNAND-SEGUIN
UNITÉ THÉMATIQUE D'INTERVENTION PSYCHOLOGIQUE
CENTRE DE RECHERCHE FERNAND-SEGUIN**

**7331, RUE HOCHELAGA, MONTRÉAL QC H1N 3M5
TÉL: (514) 251-4015**

**FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR UN TRAITEMENT PSYCHOLOGIQUE
DU SYNDROME GILLES DE LA TOURETTE ET(OU) TICS CHRONIQUES**

**CHERCHEUR PRINCIPAL : KIERON O'CONNOR, PH.D.
PSYCHOLOGUE**

CENTRE DE RECHERCHE FERNAND-SEGUIN

Nom du patient: _____

Je, soussigné(e), _____, déclare par la présente
avoir expliqué au patient ci-haut mentionné les objectifs et le contenu du projet de recherche
ainsi que les implications et les droits associés à sa participation.

Signature de l'investigateur

Date

CONSENTEMENT POUR LES ENREGISTREMENTS AUDIO-VISUELS

Nom et prénom:

Date de naissance:

Adresse actuelle:

- Pour les besoins de l'étude et avec votre accord, les entrevues seront enregistrées.
- Des parties de ces enregistrements pourront être visualisées et écoutées par des professionnels concernés par l'étude.
- Les enregistrements ne pourront être écoutés par quiconque à l'extérieur de l'équipe.
- Au cours de l'étude, les enregistrements seront gardés sous clé dans un local réservé à cette fin et à accès restreint. À la fin de l'étude, tous les enregistrements seront effacés.
- Donner mon accord à ce document ne compromet en rien le fait que je peux demander, plus tard ou à des moments précis, que ma conversation ne soit pas enregistrée.

Signature: _____

Date: _____

Thérapeute/responsable: _____

Signature: _____

Date: _____

Formulaire de consentement

Traitement psychologique du syndrome Gilles de la Tourette et(ou) tics chroniques

Appendice C

Questionnaire Échelle de perfectionnisme multidimensionnel

Fortement en désaccord	1	2	3	4	5	Fortement en accord
	1	2	3	4	5	
16. Je suis très habile pour concentrer mes efforts à atteindre un but						
17. Même si je m'applique à faire très bien les choses, j'ai souvent l'impression que ce n'est pas tout à fait correct						
18. Je déteste ne pas être le(la) meilleur(e)						
19. J'ai de très grandes ambitions						
20. Mes parents attendaient de moi l'excellence						
21. Si je fais une erreur, je serai probablement dévalorisé(e) aux yeux des autres						
22. Je n'ai jamais eu le sentiment de pouvoir répondre aux attentes de mes parents						
23. Si je ne fais pas aussi bien que les autres, cela veut dire que je suis un être humain inférieur						
24. Les autres semblent accepter des exigences moins élevées que les miennes						
25. Si je ne fais pas toujours bien les choses, les gens ne me respecteront pas						
26. Mes parents ont toujours eu des ambitions plus grandes que les miennes en ce qui me concerne						
27. J'essaie d'être une personne ordonnée et soignée						
28. Je doute habituellement des choses courantes que je fais durant la journée						
29. Le soin apporté aux choses m'est très important						
30. Je vise une plus grande performance dans mes tâches quotidiennes que la plupart des gens						
31. Je suis une personne organisée						
32. Je prends du retard dans mon travail parce que je dois refaire souvent les mêmes choses						
33. Ça me prend beaucoup de temps pour faire les choses comme il faut						
34. Moins je ferai d'erreurs, plus je serai aimé(e) des gens						
35. Je n'ai jamais eu le sentiment de pouvoir répondre aux exigences de mes parents						

Appendice D
Questionnaire Échelle d'impulsivité de Barratt

ÉCHELLE D'IMPULSIVITÉ DE BARRATT, 10^E VERSION (B.I.S. 10)

AUTO-ÉVALUATION – BIS 10

Nom et prénom : _____ Date : _____

Instructions : Les gens agissent et réfléchissent devant des situations variées. Ce questionnaire a pour but d'évaluer certaines de vos façons d'agir et de réfléchir. Lisez chaque énoncé et remplissez la case appropriée située sur la droite de la page. Ne passez pas trop de temps sur chaque énoncé. Répondez vite et honnêtement.

	Rarement/ Jamais	Occasionnellement	Souvent	Presque toujours/ Toujours
1. Je prépare soigneusement les tâches à accomplir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Je fais les choses sans y penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je me décide rapidement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. J'ai tendance à ne pas m'en faire.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je ne fais pas attention.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. J'ai des idées qui fusent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Je projette mes voyages longtemps à l'avance.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Je suis maître de moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je me concentre facilement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je mets de l'argent de côté régulièrement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. J'ai la "bougeotte" aux spectacles ou aux conférences.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Je réfléchis soigneusement.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je veille à ma sécurité d'emploi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je dis les choses sans y penser.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'aime réfléchir à des problèmes complexes.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je change de travail.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. J'agis sur un "coup de tête".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Réfléchir à un problème m'ennuie vite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je me fais faire régulièrement des bilans de santé.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. J'agis selon l'inspiration du moment.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Je suis quelqu'un de réfléchi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Je change de domicile.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. J'achète les choses sur un "coup de tête".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Rarement/ Jamais	Occasionnellement	Souvent	Presque toujours/ Toujours
24. Je ne peux penser qu'à un problème à la fois.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Je change de passe-temps.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Je marche et bouge vite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27. Je résous les problèmes par tâtonnements.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28. Je dépense ou paye à crédit plus que je ne gagne.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29. Je parle vite.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30. Quand je réfléchis, mes pensées s'égarant souvent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31. Je m'intéresse plus au présent qu'à l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32. Je me sens agité aux spectacles ou lors de conférences.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33. J'aime les "casse-têtes".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34. Je pense à l'avenir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Appendice E
Questionnaire du style de planification

Style de planification (STOP)

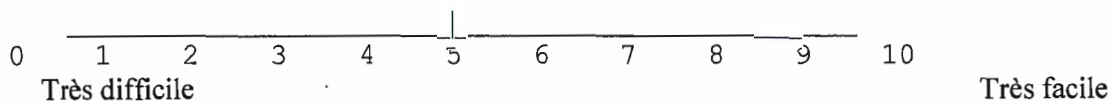
Ce questionnaire contient des exemples d'activités que vous êtes susceptibles d'effectuer au cours d'une journée. Nous vous demandons d'indiquer comment vous prévoyez composer avec ces activités en traçant sur la ligne horizontale un trait vertical décrivant le mieux votre style de planification.

Si votre approche correspond au choix situé à droite, tracez un trait à l'extrême droite; si votre approche correspond davantage à celui de gauche, tracez un trait à l'extrême gauche. Si votre approche ne correspond à ni l'un ni l'autre des choix proposés, mais se situe plutôt entre les deux pôles, tracez un trait à la position appropriée sur la ligne horizontale.

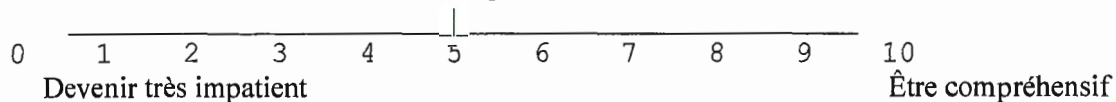
Si vous vous retrouvez indifféremment dans les deux choix proposés, faites un trait au milieu de la ligne horizontale.

Style de planification (STOP)

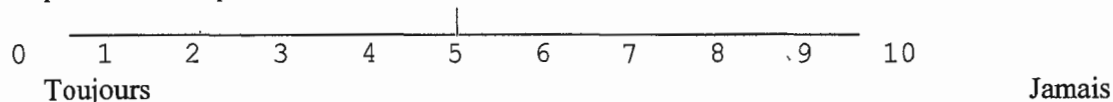
1. Vous décidez de vous détendre pendant une heure et de ne rien faire. Trouvez-vous cela :



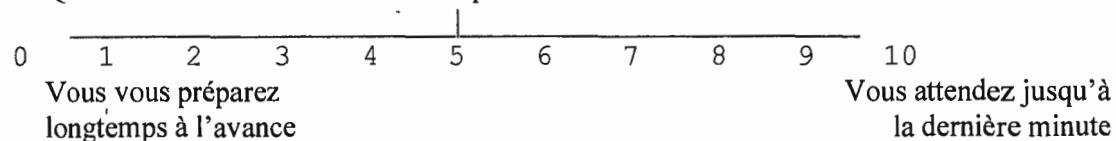
2. Vous faites des achats dans un supermarché et la personne située en tête de file ralentit la cadence d'achat. Votre première réaction est de:



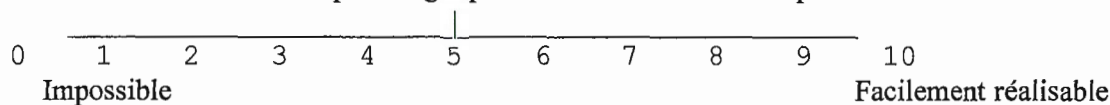
3. Avez-vous l'impression de trop vous préparer pour une tâche et de déployer plus d'efforts que nécessaire?



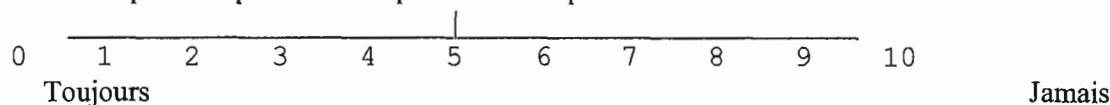
4. Quand vous avez une tâche à accomplir:



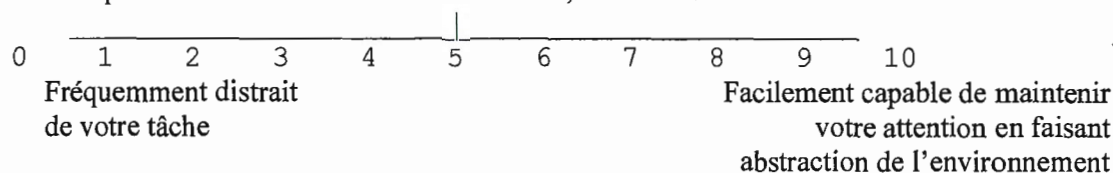
5. On vous demande de ne pas bouger pendant 15 minutes. Est-ce pour vous:



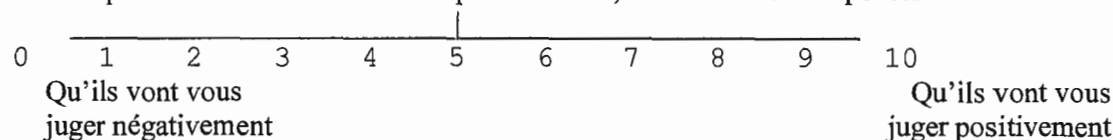
6. Est-ce que vous planifiez adéquatement vos périodes de loisirs?



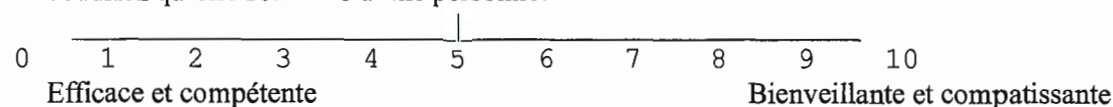
7. Lorsque vous vous concentrez sur une tâche, êtes-vous:



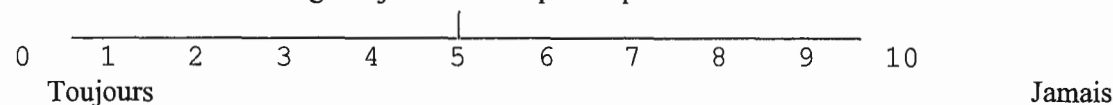
8. Lorsque vous vous sentez observé par les autres, vous arrive-t-il de penser:



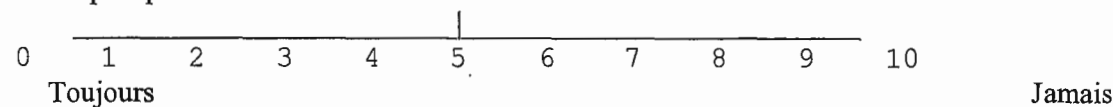
9. Si vous pouviez projeter l'image de votre choix à vos amis, est-ce que vous voudriez qu'elle soit celle d'une personne:



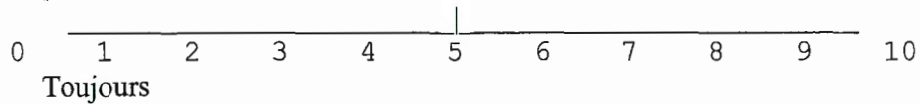
10. Vous sentez-vous obligé de jouer un rôle plutôt que d'être vous-même?



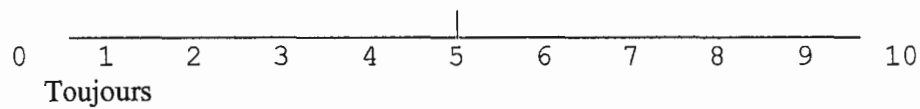
11. Avez-vous tendance à compliquer des situations qui semblent pourtant simples pour les autres?



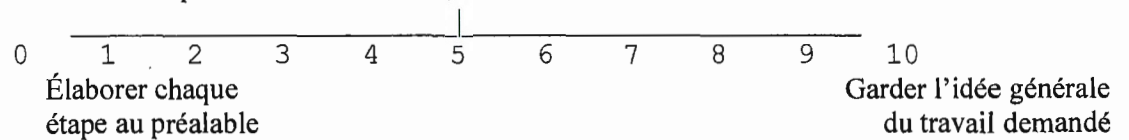
12. Sentez-vous que vous vous égarez en plein milieu d'un travail, ce qui vous pousse à faire des efforts inutiles?



13. Lors d'une planification de tâches, vous arrive-t-il d'anticiper des événements imprévus rendant d'autant plus difficile l'accomplissement de ces mêmes tâches?



14. Lors d'une planification de tâches, avez-vous tendance à:



Appendice F
Échelle globale du syndrome de la Tourette

Tics	Fréquence					Dérangement					Fréquence x Dérangement	
	Aucun	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment	Presque toujours	Toujours	Aucun	Rarement	Occasionnellement	Fréquemment	Presque toujours	Toujours
Moteurs simples	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Moteurs complexes	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Sonores simples	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5
Sonores complexes	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5

1 : 1 ou moins en 5 minutes

2 : 1 en 2 à 4,9 minutes

3 : Entre 1 en 1,9 minute et 4 en 1 minute

4 : 5 ou plus en 1 minutes

5 : Virtuellement innombrable

	Aucun problème	Problèmes légers	Problèmes dans une sphère	Problèmes dans plus d'une sphère	Problèmes marqués	Problèmes requérant une supervision constante
Comportement	0	5	10	15	20	25
Motor restlessness	0	5	10	15	20	25
Difficultés scolaires et d'apprentissage	0	5	10	15	20	25
Difficultés occupationnelles et d'emploi	0	5	10	15	20	25

$$((MS + MC) / 2) + ((SS + SC) / 2) + ((C + MR + DSA + DOE) \times 2 / 3) = \text{SCORE TOTAL}$$

Appendice G
Échelle globale de sévérité des tics de Yale

du participant : _____
Temps de mesure : _____

YGTSS
Yale Global Tic Severity Scale
Yale Child Study Center

Version octobre 1992
Traduction par Anick Laverdure et Marie-Claude Pélissier en décembre 2005

YALE GLOBAL TIC SEVERITY SCALE	
NOM:	DATE:
ÉVALUATEUR:	

LISTE DES SYMPTÔMES DE TICS MOTEURS

(Cocher les tics moteurs présents durant la dernière semaine ainsi que la période la plus sévère jusqu'à maintenant.)

PRÉSENTEMENT	PÉRIODE LA PLUS SÉVÈRE
● Tics moteurs simples (rapides, soudains et « sans but précis »)	
<input type="checkbox"/> Clignement des yeux	<input type="checkbox"/> Clignement des yeux
<input type="checkbox"/> Mouvements des yeux	<input type="checkbox"/> Mouvements des yeux
<input type="checkbox"/> Mouvements du nez	<input type="checkbox"/> Mouvements du nez
<input type="checkbox"/> Mouvements de la bouche	<input type="checkbox"/> Mouvements de la bouche
<input type="checkbox"/> Grimace faciale	<input type="checkbox"/> Grimace faciale
<input type="checkbox"/> Mouvements/secousses de la tête	<input type="checkbox"/> Mouvements/secousses de la tête
<input type="checkbox"/> Haussement d'épaule	<input type="checkbox"/> Haussement d'épaule
<input type="checkbox"/> Mouvements des bras	<input type="checkbox"/> Mouvements des bras
<input type="checkbox"/> Mouvements des mains	<input type="checkbox"/> Mouvements des mains
<input type="checkbox"/> Tension abdominale	<input type="checkbox"/> Tension abdominale
<input type="checkbox"/> Mouvement des jambes, pieds ou orteils	<input type="checkbox"/> Mouvement des jambes, pieds ou orteils
<input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Autre : _____
● Tics moteurs complexes (plus lents et « ayant un but »)	
<input type="checkbox"/> Mouvements des yeux	<input type="checkbox"/> Mouvements des yeux
<input type="checkbox"/> Mouvements de la bouche	<input type="checkbox"/> Mouvements de la bouche
<input type="checkbox"/> Mouvements/expressions faciaux (les)	<input type="checkbox"/> Mouvements/expressions faciaux (les)
<input type="checkbox"/> Mouvements/gestes de la tête	<input type="checkbox"/> Mouvements/gestes de la tête
<input type="checkbox"/> Mouvements des épaules	<input type="checkbox"/> Mouvements des épaules
<input type="checkbox"/> Mouvements des bras	<input type="checkbox"/> Mouvements des bras
<input type="checkbox"/> Mouvements des mains	<input type="checkbox"/> Mouvements des mains
<input type="checkbox"/> Tics d'écriture	<input type="checkbox"/> Tics d'écriture
<input type="checkbox"/> Maintien/posture dystonique	<input type="checkbox"/> Maintien/posture dystonique
<input type="checkbox"/> Se pencher ou s'étirer	<input type="checkbox"/> Se pencher ou s'étirer
<input type="checkbox"/> Faire des rotations	<input type="checkbox"/> Faire des rotations
<input type="checkbox"/> Mouvements des jambes, pieds ou orteils	<input type="checkbox"/> Mouvements des jambes, pieds ou orteils

☐ Blocage
☐ Comportements compulsifs reliés au tic (toucher, taper, égaliser)

☐ Copropraxie
☐ Comportements auto-abusifs
☐ Paroxysmes des tics
 durée : _____ secondes
☐ Comportements désinhibés :

☐ Autre : _____

☐ Blocage
☐ Comportements compulsifs reliés au tic (toucher, taper, égaliser)

☐ Copropraxie
☐ Comportements auto-abusifs
☐ Paroxysmes des tics
 durée : _____ secondes
☐ Comportements désinhibés :

☐ Autre : _____

LISTE DES SYMPTÔMES DE TICS PHONIQUES

(Cocher les tics phoniques présents durant la dernière semaine ainsi que la période la plus sévère jusqu'à maintenant.)

PRÉSENTEMENT	PÉRIODE LA PLUS SÉVÈRE
<p>• Tics phoniques simples (sons rapides et « sans but précis »)</p> <p><input type="checkbox"/> Sons, bruits (encercler : toux, éclaircissement de la gorge, renflement, sons d'oiseaux ou d'animaux)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Sons, bruits (encercler : toux, éclaircissement de la gorge, renflement, sons d'oiseaux ou d'animaux)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres : _____</p>
<p>• Tics phoniques complexes (mots, phrases, affirmations)</p> <p><input type="checkbox"/> Syllabes _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mots _____</p> <p><input type="checkbox"/> Coprolalie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Écholalie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Palilalie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Blocage _____</p> <p><input type="checkbox"/> Discours atypique _____</p>	<p><input type="checkbox"/> Syllabes _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mots _____</p> <p><input type="checkbox"/> Coprolalie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Écholalie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Palilalie _____</p> <p><input type="checkbox"/> Blocage _____</p> <p><input type="checkbox"/> Discours atypique _____</p>

☐ Discours désinhibé°

☐ Discours désinhibé°

° Ne pas inclure les désinhibitions dans le classement des tics.

NOMBRE	Présentement		Période la plus sévère	
	Moteur	Phonique	Moteur	Phonique
Aucun	0	0	0	0
Tic simple	1	1	1	1
Tics multiples et distincts (2-5)	2	2	2	2
Tics multiples et distincts (> 5)	3	3	3	3
Tics multiples et distincts plus au moins un patron orchestré de tics multiples et simultanés ou séquentiels où il est difficile de distinguer les tics distincts	4	4	4	4
Tics multiples et distincts plus plusieurs (> 2) orchestré de tics multiples et simultanés ou séquentiels où il est difficile de distinguer les tics distincts	5	5	5	5

FRÉQUENCE	Présentement		Période la plus sévère	
	Moteur	Phonique	Moteur	Phonique
AUCUNE Aucune démonstration de tics spécifiques.	0	0	0	0
RAREMENT Des tics spécifiques ont été présents durant les semaines précédentes. Ces comportements se ne se produisent pas souvent, la plupart du temps pas sur une base quotidienne. Si des accès de tics se produisent, ils sont brefs et peu habituels.	1	1	1	1
OCCASIONNELLEMENT Des tics spécifiques sont habituellement présents sur une base quotidienne, mais il y a de longs intervalles sans tic durant la journée. Des accès de tics peuvent se produire occasionnellement et ne durent pas plus de quelques minutes chaque fois.	2	2	2	2
FRÉQUEMMENT Des tics spécifiques sont présents sur une base quotidienne. Des intervalles de 3h sans tics ne sont pas rares. Des accès de tics se produisent régulièrement, mais peuvent être limités à un seul arrangement.	3	3	3	3
PRESQUE TOUJOURS Des tics spécifiques sont présents durant toute la période d'éveil et des moments de tics soutenus sont fréquents. Des accès de tics sont fréquents et ne sont pas limités à un seul arrangement.	4	4	4	4
TOUJOURS Des tics spécifiques sont présents en tout temps. Des intervalles sans tic sont difficiles à identifier et ne durent pas plus de 5 à 10 minutes au maximum.	5	5	5	5

INTENSITÉ	Présentement		Période la plus sévère	
	Moteur	Phonique	Moteur	Phonique
ABSENTE	0	0	0	0
INTENSITÉ MINIMALE Les tics ne sont pas visibles ou audibles (basés uniquement sur l'expérience personnelle du patient) ou les tics sont moins prononcés que des actions volontaires semblables et ne sont pas typiquement remarqués à cause de leur intensité.	1	1	1	1
INTENSITÉ LÉGÈRE Les tics ne sont pas plus prononcés que des actions ou expressions volontaires semblables et ne sont pas typiquement remarqués à cause de leur intensité.	2	2	2	2
INTENSITÉ MODÉRÉE Les tics sont plus prononcés que des actions volontaires semblables, mais ne sont pas d'un registre différent que l'expression normale d'actions ou expressions volontaires semblables. Ils peuvent attirer l'attention de l'individu à cause de leur intensité.	3	3	3	3
INTENSITÉ MARQUÉE Les tics sont plus prononcés que des actions ou expressions volontaires semblables et ont typiquement un caractère « exagéré ». Ce genre de tics attire fréquemment l'attention de l'individu à cause de son caractère intense et exagéré.	4	4	4	4
INTENSITÉ SÉVÈRE Les tics sont extrêmement prononcés et leur expression est exagérée. Ces tics attirent l'attention de l'individu et peut en résulter un risque de blessure physique (accidentelle, provoquée ou à soi-même) à cause de leur intensité.	5	5	5	5

COMPLEXITÉ	Présentement		Période la plus sévère	
	Moteur	Phonique	Moteur	Phonique
AUCUNE Si présents, tous les tics sont clairement « simples » (soudains, brefs, sans but).	0	0	0	0
LIMITE Quelques tics ne sont pas clairement « simples ».	1	1	1	1
LÉGÈRE Quelques tics sont clairement « complexes » (ont un but en apparence) et quelques brefs comportements « automatiques » tels que faire sa toilette ou prononcer des syllabes, ou de brèves expressions telles que « ah oui », « allô » qui peuvent aisément être camouflées.	2	2	2	2
MODÉRÉE Quelques tics sont plus complexes (ont un but et sont en apparence plus soutenus) et peuvent se produire dans un accès de tics qui serait difficile à camoufler, mais qui pourrait être rationalisé ou « expliqué » comme étant un comportement normal ou un discours (picking, taper, dire « chéri », brève écholalie).	3	3	3	3

MARQUÉE Quelques tics sont très « complexes » et tendent à se produire dans des accès de tics orchestrés et soutenus qui seraient difficiles à camoufler et ne pourraient être aisément rationalisés comme un comportement normal ou un discours à cause de leur durée et/ou de leur caractère inhabituel, inapproprié, bizarre ou obscène (une contorsion faciale, toucher les parties génitales, écholalie, discours sur un sujet atypique, de longs accès de tics à dire « qu'est-ce que tu veux dire » de façon répétée, ou dire « fu » ou « sh »).	4	4	4	4
SÉVÈRE Quelques tics impliquent de longs accès de comportements ou de discours orchestrés qu'il serait impossible de camoufler ou rationaliser successivement comme étant normaux à cause de leur durée et/ou de leur caractère extrêmement inhabituel, inapproprié, bizarre ou obscène (de longues expressions qui impliquent de la copropraxie, des comportements auto-abusifs ou de la coprolalie).	5	5	5	5

Présentement Période la plus sévère

INTERFÉRENCE	Moteur	Phonique	Moteur	Phonique
AUCUNE	0	0	0	0
MINIMALE Quand les tics sont présents, ils n'interrompent pas le comportement ni le discours.	1	1	1	1
LÉGÈRE Quand les tics sont présents, ils interrompent occasionnellement le comportement ou le discours.	2	2	2	2
MODÉRÉE Quand les tics sont présents, ils interrompent fréquemment le comportement ou le discours.	3	3	3	3
MARQUÉE Quand les tics sont présents, ils interrompent fréquemment le comportement ou le discours et ils interrompent occasionnellement une action volontaire ou la communication.	4	4	4	4
SÉVÈRE Quand les tics sont présents, ils interrompent fréquemment une action volontaire ou la communication.	5	5	5	5

DÉTÉRIORATION

	Moteur	Phonique	Moteur	Phonique
AUCUNE	0	0	0	0
MINIMALE Les tics sont associés à des difficultés subtiles au niveau de l'estime de soi, de la vie familiale, de l'acceptation sociale et du fonctionnement au travail ou à l'école (soucis peu fréquent à propos des tics dans le futur, augmentation périodique et légère des tensions familiales à cause des tics, les amis ou les connaissances	10	10	10	10

font quelques commentaires ou remarques désobligeantes concernant les tics).				
LÉGÈRE Les tics sont associés à des difficultés mineures au niveau de l'estime de soi, de la vie familiale, de l'acceptation sociale et du fonctionnement au travail ou à l'école.	20	20	20	20
MODÉRÉE Les tics sont associés à des problèmes clairs au niveau de l'estime de soi, de la vie familiale, de l'acceptation sociale et du fonctionnement au travail ou à l'école (épisodes de dysphorie, détresse familiale périodique, souvent agacé par les autres ou épisodes d'évitement social, interférence périodiques dans la performance à l'école ou au travail à cause des tics).	30	30	30	30
MARQUÉE Les tics sont associés à des difficultés majeures au niveau de l'estime de soi, de la vie familiale, de l'acceptation sociale et du fonctionnement au travail ou à l'école.	40	40	40	40
SÉVÈRE Les tics sont associés à des difficultés extrêmes au niveau de l'estime de soi, de la vie familiale, de l'acceptation sociale et du fonctionnement au travail ou à l'école (dépression sévère avec idéation suicidaire, dissolution de la famille (séparation/divorce, placement résidentiel), dissolution des tics sociaux – qualité de vie sévèrement réduite à cause du stigma et de l'évitement social, retrait de l'école ou perte d'emploi).	50	50	50	50

Appendice H

Grille d'observation du perfectionnisme, de l'impulsivité et des tics

Grille d'observation du perfectionnisme, de l'impulsivité et des tics

Tic ciblé : XXXXXXXXXXXX		Situation à risque élevé choisie : XXXX	
Impulsivité – Temps 1		Tics – Temps 1	
Comportement 1 (durée)		Comportement 1 (cote)	
Comportement 2 (durée)		Comportement 2 (cote)	
...		...	
Durée – Temps 1 : (durée totale)		Cote – Temps 1 : (X)	
		Situation à risque faible choisie : XXXX	
Impulsivité – Temps 1		Tics – Temps 1	
Comportement 1 (durée)		Comportement 1 (cote)	
Comportement 2 (durée)		Comportement 2 (cote)	
...		...	
Durée – Temps 2 : (durée totale)		Cote – Temps 2 : (X)	
Impulsivité – Temps 1		Tics – Temps 1	
score total		cote globale	
Score total : durée totale en secondes de tous les comportements ayant été cotés comme faisant partie de la catégorie			
Cote globale : cote moyenne de fréquence des tics, en cas de disparité entre la situation à risque faible et celle à risque élevée, choisir la cote la plus sévère			
Légende pour la cote des tics			
Tics moteurs : 0 – absence de tics, 1 – 1-20 tics/min, 2 – 21-40 tics/min, 3 – 41-60 tics/min, 4 – plus de 60 tics/min			
Tics sonores : 0 – absence de tics, 1 – 1-5 tics/min, 2 – 6-10 tics/min, 3 – 11-15 tics/min, 4 – plus de 15 tics/min			